



Давид Александрович Каменецкий.

Неврозология и психотерапия.

Учебное пособие

Оглавление

Введение.....	2
Глава 1. Психотерапия как медицинская наука и предмет ее изучения.....	3
Глава 2. Этиопатогенез неврозов.....	5
2.1. Концепция Г. Селье о стрессе.....	5
2.2. Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности.....	10
2.3. Учение З. Фрейда о бессознательном и его концепция психоанализа.....	17
2.4. Значение взглядов Г. Селье, И.П. Павлова, З. Фрейда на этиопатогенез и терапию неврозов.....	21
Глава 3. Вопросы общей психопатологии в клинике неврозов.....	27
3.1. Восприятие.....	27
3.2. Иллюзии.....	29
3.3. Галлюцинации.....	30
3.4. Расстройства внимания и памяти.....	32
3.5. Память.....	33
3.6. Мышление.....	34
3.7. Навязчивые состояния.....	35
3.8. Патология мышления.....	37

3.9. Расстройства двигательной сферы.....	39
3.10. Эмоциональные расстройства.....	41
3.11. Расстройства сознания.....	41
Глава 4. Неврозы и их классификация.....	43
Глава 5. Клиника неврозов.....	50
5.1. Неврастения.....	50
5.2. Психастения.....	54
5.3. Истерия.....	62
5.4. Невроз навязчивых состояний.....	72
Глава 6. Дифференциально-диагностические критерии навязчивостей при различных неврозах.....	77
Глава 7. Терапия неврозов.....	78
7.1. Психофармакология или медикаментозная терапия неврозов.....	79
7.2. Психотерапия неврозов.....	95
7.2.1. Неофрейдистские методики.....	98
Глава 8. Гипносуггестивная терапия и ее вариант гипноанализа.....	112
8.1. Общая схема поэтапной психотерапии неврозов.....	119
8.1.1. Физиологичность.....	129
8.1.2. Легендность.....	130
8.1.3. Настойчивость.....	131
8.2. Гипноанализ при ночном энурезе.....	131
8.3. Гипноанализ при неврозах с навязчивостями.....	135
8.4. Гипноанализ при логоневрозах.....	139
8.5. Гипноанализ агрипнии (бессонницы).....	140
8.6. Гипноанализ при эзофагоспазме.....	143
8.7. Гипноанализ при анорексии.....	146
8.8. Гипноанализ при невротических тиках.....	150
8.9. Гипноанализ при сексуальных расстройствах у мужчин и женщин.....	153
8.9.1. Гипноанализ при кортикальной импотенции у мужчин.....	155
8.9.2. Гипноанализ фригидности у женщин.....	159
8.9.3. Гипноанализ при вагинизме.....	162
8.10. Гипноанализ при ювенильном кровотечении.....	166
Глава 9. Гипноанализ при некоторых нейро-соматических заболеваниях..	169
9.1. Гипноанализ при гипертонической болезни.....	169
9.2. Гипноанализ при язвенной болезни.....	170
9.3. Гипноанализ при бронхиальной астме.....	172
9.4. Гипноанализ при постинфарктных состояниях.....	175
9.5. Гипноанализ при некоторых кожных заболеваниях (бородавки, псориаз, экзема, нейродермит).....	175
Глава 10. Гипноанализ хронического алкоголизма.....	179
Глава 11. Гипноанализ некоторых здоровых людей, испытывающих затруднения при исполнении их профессиональных обязанностей.....	184
Глава 12. Наркопсихотерапия в клинике неврозов.....	184
Глава 13. Рациональная психотерапия.....	192
Глава 14. Аутогенная тренировка.....	193
Глава 15. Профилактика неврозов.....	203
Глава 16. Реабилитация и трудовая экспертиза при неврозах.....	205
Литература.....	207

В книге рассмотрены этиология, патогенез, клиника и лечение неврозов с позиции физиологического учения И.П. Павлова. Автор является создателем собственной гипносуггестивной школы в области неврологии и психотерапии, эффективность методов которой основана на многолетнем опыте. Для врачей-психиатров, неврологов, психотерапевтов, невропатологов, психологов и студентов медицинских вузов.

Эту книгу я посвящаю жене и детям

Введение.

Последнее столетие в России характеризуется бурным развитием медицинской науки вообще и психиатрии, в частности.

За этот период нашими выдающимися учеными психиатрами и психотерапевтами (С.С. Корсаков, 1901; В.П. Осипов, 1923, 1927, 1931; В.П. Сербский, 1906, 1912; В.А. Гиляровский, 1931, 1935, 1938, 1954; М.О. Гуревич, 1949, 1954; А.В. Снежневский, 1983; В.Е. Рожнов, 1979) были выпущены соответствующие руководства, предназначенные в качестве учебных пособий для студентов медвузов, психологов, врачей-психиатров, психотерапевтов и невропатологов. Эти учебные пособия были в основном нацелены на подготовку квалифицированных кадров. Также появилось огромное количество монографий по проблеме неврозов (С.И. Давыденков, 1963; В.Н. Мясичев, 1958; К.И. Платонов, 1957; А.А. Портнов и Д.Д. Федотов, 1957; А.М. Свядоц, 1959; В.К. Хорошко, 1943; Г.К. Ушаков, 1978; Б.Д. Карвасарский, 1999; В.В. Макаров, 1999 и т.д.).

В перечисленных выше изданиях нашли отражение не только личные взгляды авторов на ту или иную проблему, но и их профессиональная ориентация, принадлежность к той или иной школе. Общим для всех был неизменно высокий для своего времени научный уровень.

Так, уже в конце XIX и начале XX веков С.С. Корсаков в капитальном руководстве попытался представить нозологию психических болезней. В.П. Осипов свое двухтомное руководство, изданное через двадцать с лишним лет после работы С.С. Корсакова, построил по нозологическому принципу, основанному на единстве общей и частной психиатрии. Он впервые указал на роль психологического метода в развитии психиатрии.

Два последующих многократно переиздававшихся руководства В.А. Гиляровского и О.М. Гуревича послужили нескольким поколениям психиатров для глубокого и всестороннего проникновения в области клинической психиатрии и неврологии.

Двухтомное руководство по психиатрии под общей редакцией А.В. Снежневского явилось подведением итогов работы целого коллектива. В нем широко отображены теоретические аспекты современной психиатрии — от диагностики психических заболеваний, их этиологии, классификации, клиники, течения и прогноза до их лечения и профилактики. Впервые в руководстве широко освещены достижения современной психиатрии в области геронтологии.

Первое руководство по психотерапии было выпущено в России под общей редакцией профессора В.Е. Рожнова. В нем был обобщен опыт работы выдающихся энтузиастов в области пограничной психиатрии.

Монографии специалистов, работающих в разных областях медицинской науки (психиатров, психотерапевтов, невропатологов), позволили глубже и с различных позиций заглянуть в проблемы этиопатогенеза, классификации и клиники неврозов. А самое главное, в них более широко освещались проблемы их лечения.

После того как психотерапия была выделена в самостоятельную медицинскую специальность (1985), на первый план выступили как задачи изучения клиники психических заболеваний и их лечения, так и организационные вопросы, касающиеся главным образом подготовки кадров.

Для создания квалифицированных кадров в новой отрасли знаний требуются прежде всего учебные пособия, которые начинают сейчас издаваться, так, в 1999 г. появились пособия В.В. Макарова и Б.Д. Карвасарского.

Целью настоящего учебного пособия является обобщение огромного практического опыта, накопленного за последние десятилетия. Это пособие, в котором отображены история психотерапии, клиничко-теоретические проблемы неврозов, их этиология, патогенез, лечение в свете последних достижений как мировых, так и отечественных ученых, позволит начинающим психотерапевтам расширить и углубить свои знания с целью более эффективного лечения этих заболеваний.

В книге рассмотрены конкретные варианты психотерапевтического воздействия на больного, впервые в истории психотерапии даны конкретные формулировки гипносуггестивного воздействия на больного, основанные на физиологических павловских подходах к пониманию сущности неврозов и их терапии. Также описаны психотерапевтические методики, основанные на психологических фрейдистских и неопрейдистских позициях, объединенные под общим названием — гипноанализ.

То насколько в настоящем учебном пособии удалось автору достичь указанных выше целей, он надеется узнать из ваших отзывов, дорогие читатели. С глубокой благодарностью и пониманием он постарается воспринять любую критику в адрес своей книги.

Глава 1. Психотерапия как медицинская наука и предмет ее изучения.

Термин «психотерапия» в переводе с древнегреческого, по данным А. Притца и Х. Тойфельхарта, означает: «чуткая забота о жизни, душе, уме, настроении». Долгое время термин был абстрактной категорией, аморфным понятием. И только в конце XVIII века психотерапия сформировалась в Европе как способ воздействия на человека с лечебной целью.

Эмми Ван Дойрцен-Смит и Дэвид Смит в статье «Является ли психотерапия самостоятельной научной дисциплиной?» пишут: «с тех пор, как психотерапия в Германии признана в 1811 г. самостоятельной дисциплиной, возникло множество форм психотерапии. На сегодняшний день их существует предположительно несколько сотен, которые, однако, можно сгруппировать в пять основных категорий:

1. Психоаналитическая психотерапия — охватывает те формы психотерапии, которые можно вывести из глубинных психологических теорий Фрейда, Адлера, Юнга и др.; жизненные проблемы при этом рассматриваются как результаты неосознанных конфликтов и моментов развития.

2. Когнитивная и поведенческая психотерапия — охватывает те формы психотерапии, которые опираются на теории обучения и когнитивную психологию; жизненные проблемы тут выводятся из неправильного обучения и мышления.

3. Гуманистическая психотерапия — охватывает те формы психотерапии, которые в противовес квази-редукционизму психоанализа и бихевиоризма делают акцент на потенциал человеческого развития. Здесь жизненные проблемы рассматриваются как блокада чувств.

4. Системная психотерапия — охватывает те формы психотерапии, которые — на основании общей теории систем — рассматривают жизненные явления как возникающие вследствие сдвига функций в системе или группе, которой принадлежит данное лицо.

5. Экзистенциальная психотерапия — охватывает те формы психотерапии, основу которых составляет экзистенциальная феноменологическая философия. Жизненные проблемы объясняются тут недостатком ясности и понимания условий человеческого существования».

Все эти пять категорий, в которые вложены, как в прокрустово ложе, все существующие ныне многообразные формы психотерапии, отражают лишь их психологическую или философскую базу. Приверженцы этих направлений на основе научных данных из области психологии и философии выводят соответствующие постулаты, которые на практике дают ключ к эффективному воздействию на больного человека.

В повседневной деятельности мы шли своим путем — собирали и анализировали практический опыт на базе учения Ивана Петровича Павлова о высшей нервной

деятельности. На этом мы строили свои модели лечебного воздействия (подробно наши методологические подходы описаны ниже).

С нашей точки зрения можно говорить также о существовании шестой категории психотерапии — рационально-рефлекторной, которая требует углубленного изучения и дальнейшего развития.

Психотерапия сегодня — это самостоятельная медицинская дисциплина, клинической базой которой являются все те болезни, которые ранее входили в клиническую психиатрию под названием «малая психиатрия или пограничная психиатрия».

Исторически сложившееся деление клинической психиатрии на «большую» и «малую» в свое время было явлением несомненно прогрессивным. Оно поддерживалось авторитетными психиатрами — как иностранными, так и отечественными. Утверждение приказом Министерства здравоохранения в 1985 г. самостоятельной профессии врача-психотерапевта явилось актом вычленения психотерапии из психиатрии и стало свершившимся фактом, хотя и несомненно требующим на практике подтверждения обоснованности такого размежевания.

Многие специалисты в этой области полагают, что такое отделение психотерапии от психиатрии пока носит формальный характер, и большое число задач пока не решено: нет четкого определения психотерапии как науки, нет четкого представления о том, как должны готовиться специалисты в области психотерапии; какие взаимоотношения должны оставаться между смежными специальностями, какая роль в рамках этих двух дисциплин психологии. И многие другие возникшие вопросы.

Сегодня только можно с уверенностью утверждать, что эти две «самостоятельные» дисциплины (психиатрия и психотерапия) имеют между собой больше общего, чем различий. Это обусловлено общностью их «почвы», на которой возникают как психические, так и «пограничные» заболевания центральной нервной системы.

Итак, утверждение психотерапии как самостоятельной медицинской специальности является в настоящее время свершившимся фактом. Мы, разделяя позицию большинства специалистов о целесообразности выделения психотерапии в самостоятельную медицинскую дисциплину, хотели бы высказать свои возражения против ее собственного наименования — «психотерапия». С нашей точки зрения это название вносит некоторую терминологическую путаницу, так как включает в себя и науку, занимающуюся изучением этих состояний и их лечение.

Учитывая, что клинической базой для вновь созданной науки являются функциональные расстройства центральной нервной системы — неврозы и неврозоподобные состояния, целесообразней с нашей точки зрения было бы саму науку о них назвать неврозологией, а основные методы их лечения — психотерапией. Признание предлагаемого нами названия новой науки «неврозологии» окончательно устранило бы любую путаницу и облегчило бы понимание сущности рассматриваемого вопроса.

В связи с этим предлагаем определить неврозологию как самостоятельную дисциплину, основой которой являются функциональные нарушения головного мозга, вызываемые неблагоприятными жизненными ситуациями (стрессами) и проявляющиеся в виде неврозов и неврозоподобных состояний. Психотерапия — это наука о способах словесного (вербального) воздействия врача на психику человека (больного или здорового) и через психику на весь организм в целом с лечебной или профилактической целью.

Мы полагаем, что данное нами определение «неврозологии» не претендует на окончательность и всеобъемлемость, но может быть принято как рабочее, которое дает возможность нам продолжать повествование на эту тему.

Итак, мы определили, что неврозология это самостоятельная медицинская наука, которая с ее составляющими является предметом дальнейшего рассмотрения.

Глава 2. Этиопатогенез неврозов.

2.1. Концепция Г. Селье о стрессе.

XX век характеризуется бурным развитием науки. Еще в начале века в учебниках физики писали, что атом неделим. Однако в скором времени атом был расщеплен, в результате чего была освобождена огромная энергия, которая преобразила мир (атомная бомба, атомная электростанция). Телевидение из фантастики стало реальностью, продолжается интенсивная компьютеризация всех отраслей народного хозяйства, активно осваиваются Мировой океан, космос, полярные области планеты, пустыни и горы, все чаще и чаще в различных уголках мира возникают военные конфликты. И в этом непредсказуемом мире человечество все чаще сталкивается с воздействием экстремальных условий жизнедеятельности, то есть со стрессами, которые и вызывают различные срывы высшей нервной деятельности в виде неврозов и неврозоподобных состояний.

Концепция стресса впервые была сформулирована в 1936 г. канадским физиологом Гансом Селье. Он ее разработал, проверил в экспериментах на животных и сделал попытку построить новую единую теорию медицины. Концепция Ганса Селье оказала большое влияние на различные направления науки о человеке — медицину, психологию, социологию и другие области знаний. Предпосылкой возникновения и широкого распространения учения о стрессе можно считать возросшую актуальность проблемы защиты человека от воздействия неблагоприятных факторов внешней среды.

Сегодня представители самых разных научных дисциплин весьма интенсивно исследуют стресс и его значение для больного и здорового человека.

Стресс многолик в своих проявлениях. Он может спровоцировать начало практически любого заболевания. В связи с этим в настоящее время растет потребность в расширении наших знаний о стрессе и способах его предотвращения и преодоления.

Однако это вовсе не значит, что стресс является только злом, с которым надо бороться и которое надо избегать в нашей жизни. Стресс, как указывал Г. Селье, «является не только злом, не только бедой, но является и великим благом, ибо без стрессов различного характера наша жизнь была бы похожа на какое-то бесцветное прозябание».

Стресс, по мнению Г. Селье, многолик: это не только повреждения и болезни, «но и важнейший инструмент тренировки и закаливания, ибо стресс помогает повышению сопротивляемости организма, тренирует его защитные механизмы». В этом, естественно, состоит положительная роль стресса, его важное социальное значение. Стресс является нашим верным союзником в непрекращающейся адаптации организма к любым изменениям в окружающей нас среде. «Поэтому правильное понимание положительных и отрицательных сторон стресса, — пишет О. Г. Газенко, — их адекватное использование или предотвращение играют важную роль в сохранении здоровья человека, создании условий для проявления его творческих возможностей, плодотворной и эффективной трудовой деятельности».

Что такое стресс?

Стресс — в своем первоначальном значении обозначает реакцию человека на любое сильное внешнее или внутреннее раздражение, которое превысило определенный предел выносливости организма.

К таким раздражителям относятся условия окружающей среды, к которым приходилось приспосабливаться человеку на протяжении всей его эволюции. Для первобытного человека стрессами являлись голод, жажда, холод, жара, болезни, схватки с дикими зверями. Реакция человеческого организма на стресс в общем виде состояла в быстрой мобилизации энергетических резервов для противостояния возможной гибели.

Несмотря на свою тысячелетнюю историю, биологические основы реагирования организма человека на экстремальные условия мало изменились. Сегодня, как и много тысяч лет тому назад, человек отвечает на сложные жизненные ситуации

мгновенной реакцией нервной системы, быстро мобилизующей эндокринный аппарат, внутренние системы организма и соответствующие энергетические и пластические ресурсы.

Человеческому организму свойственно и воспринимать стрессы и реагировать на них.

Нарушение ритма между напряжением и расслаблением, конфликты на работе и дома, длящиеся продолжительное время, а также воздействие других раздражителей, к которым человек или не может биологически адаптироваться или адаптируется с трудом, приводят к возникновению определенных заболеваний.

Не только избыток раздражителей, но и их нехватка также могут действовать на человека как негативный стрессор. Сюда относятся: монотонность, скука, одиночество, изоляция.

В цивилизованном обществе у определенной части людей нарушено взаимодействие между стрессором и соответствующей реакцией. Длительность подобных нарушений может также привести к серьезным заболеваниям.

В настоящее время ни у кого не вызывает сомнения то обстоятельство, что стресс играет существенную роль в развитии ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, язвенного колита, бронхиальной астмы, кожных заболеваний, различных иммунных и аллергических заболеваний, не говоря уже о многих пограничных психических расстройствах. Подтверждением сказанного может служить высказывание академика Н. Ланге о том, что «многие из перечисленных выше заболеваний на своей первоначальной стадии являются сугубо функциональными расстройствами». На практике нам удалось добиться полного излечения большинства этих болезней на начальных стадиях психотерапевтическими методами.

Адаптационные возможности организма человека очень высоки, но не беспредельны. Причем уровень адаптации у каждого человека индивидуален.

Стресс встает на пути самых сильных и самых слабых. Один человек его выдерживает, приспособляясь к нему, другого он ломает. Некоторых «стресс» закаляет, и они становятся еще крепче. Что же позволяет организму человека приспособиться к непривычным, чрезвычайным, экстремальным условиям? И существует ли реальная возможность повысить жизнестойкость каждого человека?

Прошло уже более полувека с момента введения Г. Селье термина «стресс», он включен во многие медицинские справочники, энциклопедии, словари, учебники. Слово «стресс» стало привычным в лексиконе каждого человека.

В 1936 г. в журнале «Nature» от 4 июля была напечатана небольшая заметка молодого канадского ученого Ганса Селье под названием «Синдром, вызываемый разными повреждающими агентами». Это и было началом созданной им концепции стресса.

Термин «stress» в переводе с английского языка на русский означает давление, нажим, напряжение и был впервые введен в медицину Г. Селье.

Ганс Селье (1907-1982) — врач по образованию, ученый-биолог с мировым именем, был директором института экспериментальной медицины и хирургии, который назывался с 1976 года Международным институтом стресса.

Г. Селье получил образование на медицинском факультете Пражского университета, после чего продолжил учебу в Риме и Париже. Вынужденный эмигрировать из предвоенной Европы за океан, он в 1932 г. обосновался в Канаде, там и была сформулирована универсальная концепция стресса.

При изучении механизмов стресса Г. Селье выявил роль гормонов в стрессорных реакциях и тем самым установил их участие в неэндокринных заболеваниях.

Великий французский ученый Клод Бернар во второй половине XIX века — задолго до появления работ Г. Селье — впервые четко указал на то, что внутренняя среда живого организма должна сохранять постоянство при любых колебаниях внешней среды. 50 лет спустя американский физиолог Кеннон ввел термин «гомеостаз». Он обратил внимание на то, что при голоде, страхе, ярости, действии болевых раздражителей усиливается дыхание, учащается сердцебиение, повышается артериальное давление, что увеличивает насыщение крови кислородом и облегчает

его доставку к органам и тканям. Эти реакции носят неспецифический характер и способствуют сохранению постоянства внутренней среды или гомеостаза.

В 1926 г. Селье на втором курсе медицинского факультета впервые столкнулся с проблемой стереотипного ответа организма на любую серьезную нагрузку. Он заинтересовался, почему у больных, страдающих разными болезнями, так много одинаковых признаков и симптомов. И при больших кровопотерях, и при инфекционных заболеваниях, и в случаях запущенных форм рака наблюдались общие симптомы недомогания, потери аппетита и мышечной силы, апатия, слабость, снижение массы тела, болезненный внешний вид. и т.д. В дальнейшем эта концепция была забыта на целых десять лет, и только в 1936 г. Селье вновь вернулся к проблеме «синдрома болезни».

Эксперименты на животных показали, что изменения внутренних органов, вызванные инъекцией вытяжек из желез, аналогичны изменениям, отмеченным при инфекциях, травмах, кровотечениях, нервном возбуждении, при воздействии холода и жары и многих других раздражителей. Эта реакция была впервые описана Г. Селье в 1936 г. как «синдром, вызываемый различными вредными агентами», впоследствии получивший известность как общий адаптационный синдром, или синдром биологического стресса.

Г. Селье развитие стресса во времени разделил на три стадии:

- 1) реакция тревоги;
- 2) стадия резистентности;
- 3) стадия истощения.

Для реакции тревоги, по мнению Г. Селье, характерно уменьшение размеров тимуса, селезенки и лимфатических узлов, количества жировой ткани, появление язв желудка и 12-перстной кишки, кишечника, исчезновение эозинофилов в крови и гранул липидов в надпочечниках. Под воздействием чрезвычайно сильных агессоров организм может погибнуть уже на стадии тревоги. Если адаптационные способности организма могут противодействовать влиянию стрессора, то наступает стадия резистентности, которая характеризуется практически полным исчезновением признаков реакции тревоги; уровень сопротивляемости организма значительно выше обычного. Если же агрессор слабый или краткосрочный по времени действия, то стадия резистентности сохраняется длительное время, и организм приспособливается, приобретая новые свойства. Если стрессорный фактор является сильным или же действует продолжительное время, развивается стадия истощения. Вновь появляются признаки реакции тревоги, но теперь эти изменения необратимы, что приводит к гибели организма.

Эксперименты на лабораторных животных показали, что способность организма к адаптации не безгранична.

Даже в тех благополучных случаях, когда происходит полная стабилизация биологических процессов в организме, при повторении тех или иных стрессовых ситуаций рано или поздно механизмы адаптации в той или иной степени нарушаются, что и влечет за собой стойкие и разнообразные симптомы различных болезненных состояний.

После того как Ганс Селье сформулировал понятие синдрома биологического стресса, были выявлены ранее неизвестные биохимические и структурные изменения организма в ответ на неспецифический стресс. Врачи особое внимание обращали на биохимические сдвиги в организме и на нервные реакции. По мнению Г. Селье, важную роль в реакциях стресса играют гормоны. Экстренное выделение адреналина — это лишь одна сторона острой фазы первоначальной реакции тревоги в ответ на действие стресса. Для поддержания гомеостаза, то есть стабильности организма, столь же важна связь гипоталамус — гипофиз — кора надпочечников, с которой сопряжено развитие многих болезненных явлений. Стрессор возбуждает гипоталамус (отдел промежуточного мозга), продуцируется вещество, дающее сигнал гипофизу выделять в кровь адренокортикотропный гормон (АКТГ), под влиянием которого корковый слой надпочечников секретирует кортикоиды. Это приводит к сморщиванию вилочковой железы и многим другим сопутствующим изменениям — атрофии лимфатических узлов, торможению воспалительных реакций и продуцированию глюкозы. Другая типичная черта стрессовой реакции — образование язвочек в желудочно-кишечном тракте. Их возникновению способствует высокое содержание

кортикоидов в крови, но в их появлении также играет активную роль автономная нервная система.

По мнению Г. Селье, ведущую роль в развитии и симптоматике стресса играют кора надпочечников и ее гормоны — кортикостероиды.

Гениальность Г. Селье, по мнению большинства ученых, заключается в том, что он сформулировал новую концепцию, позволяющую в разрозненных и пестрых результатах воздействия разнообразных агентов увидеть частные проявления целостного синдрома. В окончательном виде Г. Селье дал определение стресса в своей книге «Стресс и дистресс». Он пишет: «стресс есть неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование».

Остановимся несколько подробнее на последнем определении. Что же прежде всего подразумевает Г. Селье под словом «неспецифический»? Любое предъявляемое организму требование и реакция на него в каком-то смысле своеобразны или специфичны. На морозе мы дрожим, чтобы выделить больше тепла, а кровеносные сосуды сужаются, уменьшая потерю тепла с поверхности тела. На солнцепеке мы потеем, и испарение пота охлаждает нас. Если мы съели слишком много сладкого, и содержание глюкозы в крови поднялось выше нормы, то мы выделяем часть глюкозы и сжигаем остальную, нормализуя ее уровень в крови. Мышечная нагрузка при беге с максимальной скоростью предъявляет повышенные требования к мускулатуре и сердечно-сосудистой системе. Мышцы нуждаются в дополнительном источнике энергии для выполнения такой необычной работы, поэтому сердцебиение становится чаще и сильнее, кровяное давление повышается, сосуды расширяются, улучшается кровоснабжение мышц.

Все лекарства или гормоны обладают специфическим действием. Но кроме специфического эффекта, все воздействующие на человека агенты вызывают также и неспецифическую потребность восстановить нормальное состояние за счет приспособительных механизмов. Неспецифические требования, предъявляемые к организму воздействием как, таковым — это и есть сущность стресса.

По мнению Г. Селье, и холод, и жара, и лекарства, и гормоны, и печаль, и радость вызывают одинаковые биохимические сдвиги в организме человека.

Медицина долго не признавала возможности такого стереотипного ответа. Казалось нелепым, что разные задачи требуют одинакового ответа. Однако в практике врача-психотерапевта описаны случаи, когда и отрицательные и положительные внешние раздражители дают один и тот же эффект — слезы. Это подтверждает и пословица: «Великая радость, как и великая скорбь — ума лишают».

У человека с его высокоразвитой нервной системой эмоциональные раздражители — одни из самых распространенных стрессоров, результат воздействия которых обычно наблюдается у пациентов психотерапевтов и психиатров. Можно с уверенностью утверждать, что стресс связан с приятными и неприятными переживаниями. Физиологический стресс наиболее слаб в минуты спокойствия, но никогда не равен нулю. Полная свобода от стресса означает смерть.

Многие ученые считают, что некоторые положения учения Г. Селье о стрессе в настоящее время устарели и утратили научное значение. С нашей точки зрения такое утверждение в лучшем случае некорректно, а в худшем — беспринципно. Теория Г. Селье гениальна и бессмертна.

Концепция Г. Селье, по мнению академика В.В. Парина (1966), во многом изменила принципы лечения и профилактики целого ряда заболеваний; взгляды его, встреченные вначале не без возражений, нашли сейчас самое широкое распространение. В целом учение известного канадского ученого можно считать одним из самых фундаментальных, и главное плодотворных для развития науки теоретических построений современной медицины.

Единственное, в чем можно упрекнуть Г. Селье, так это в том, что он не рассматривал роли центральной нервной системы в возникновении и проявлении стресса, хотя и признавал, что она может быть существенной.

В стрессовой реакции, равно как и функциональных отправлениях организма, утверждают последователи учения Г. Селье, участвует не только эндокринная система, но и нервная. Мы склонны считать, что в первую очередь внешняя среда воздействует на нервную систему, а последняя оказывает влияние на эндокринную систему.

Нервная система первой вовлекается в ответную реакцию организма на стресс и способствует адаптационной перестройке.

Для понимания реакции организма на стресс очень важно сначала познакомиться с анатомией и физиологией нервной системы человека.

Основной анатомической единицей нервной системы является нейрон (нервная клетка). Функция нейрона заключается в проведении сенсорных, моторных или управляющих сигналов. Нейрон состоит из трех основных функциональных элементов: дендрита (может быть несколько) — отростка, который принимает приходящие к нейрону сигналы; собственно клеточного тела, которое содержит в себе клеточное ядро; и аксона — отростка, который отводит импульс-сигнал от клеточного тела — и передает его на другой дендрит или соответствующий орган-мишень.

Передача сигнала происходит в так называемом синапсе. Этот переход осуществляется при помощи различных медиаторов, или нейротрансмиттеров, высвобождаемых в окончаниях аксона. В настоящее время насчитывается около сорока таких медиаторов. Эти нейротрансмиттеры преодолевают синаптическую щель, и таким образом импульс продолжает свой путь. Медиаторами, вызывающими наибольший интерес при изучении стресса, являются норадреналин и ацетилхолин. Передача импульса по нейрону сопряжена со сложными процессами электрохимической проводимости.

Нервная система человека разделяется на центральную и периферическую нервные системы.

Центральная нервная система состоит из головного и спинного мозга. Головной мозг человека называют тройным мозгом из-за наличия в нем трех функциональных уровней.

Неокортекс (кора больших полушарий) представляет собой высший уровень мозга и является наиболее сложно устроенным компонентом. Лобная доля управляет процессами воображения, логического мышления, построения умозаключений, памяти, решения проблем планирования и прогнозирования, то есть в лобных долях осуществляется почти вся психическая деятельность человека.

Лимбическая система является главным компонентом второго уровня мозга. Она является центром эмоционального контроля и состоит из гипоталамуса, гиппокампа, перегородки, поясной извилины и миндалевидного тела. В лимбической системе важную роль играет гипофиз.

Ретикулярная формация и ствол мозга представляют собой низший уровень тройного мозга. Они выполняют свою основную роль, регулируя вегетативные функции (сердцебиение, дыхание, вазомоторная активность) и проводят импульсы к передаточным центрам таламуса и далее к высшим уровням мозга.

Что касается спинного мозга, то он представляет собой центральный путь, который состоит из нейронов, проводящих сигналы в головной мозг и от него. Спинной мозг участвует также в осуществлении некоторых рефлексов с автономной регуляцией.

Периферическая нервная система включает в себя все нейроны организма, которые не входят в центральную нервную систему. Анатомически — это продолжение центральной нервной системы в том смысле, что центры ее управления находятся в центральной нервной системе.

Периферическую нервную систему в свою очередь, можно разделить на соматическую и автономную.

Соматическая система передает сенсорные и моторные сигналы к центральной нервной системе и от нее. Она иннервирует органы чувств и поперечно-полосатую мускулатуру.

Автономная (вегетативная) система передает импульсы, осуществляющие регуляцию внутренней среды организма и поддержание гомеостаза. Она иннервирует сердце, гладкую мускулатуру и железы. Автономную нервную систему в свою очередь можно подразделить на два отдела — симпатический и парасимпатический. Первый связан с подготовкой организма к действию, в то время как второй — с восстановительными функциями и расслаблением организма. Его основное действие проявляется в торможении и поддержании гомеостаза организма.

Сегодня уже никто не сомневается в том, что стрессовая реакция у человека возникает благодаря сложному взаимодействию в нейроэндокринной системе. В самых общих чертах эта реакция характеризуется усиленной секрецией катехоламинов и глюкокортикоидов (прежде всего кортизона) надпочечниками. Каким же образом развивается эта реакция на стресс? Сигнал о каком-то воздействии мгновенно поступает в кору больших полушарий головного мозга, откуда импульс посылается в гипоталамус. Именно в гипоталамусе расположены высшие координирующие и регулирующие центры вегетативной нервной и эндокринной систем; там чутко улавливаются малейшие нарушения, возникающие в организме. В любой неблагоприятной ситуации гипоталамус мобилизует все находящиеся под его контролем защитные силы.

Под гипоталамусом находится гипофиз, который относится к эндокринной системе. Он синтезирует целый ряд гормонов, некоторые из них влияют на деятельность других эндокринных желез. К этим тропным гормонам относятся аденокортикотропный гормон, воздействующий на кору надпочечников, тиреотропный гормон, регулирующий функцию щитовидной железы, и гонадотропные гормоны, стимулирующие функцию половых желез. Кроме того, гипофиз синтезирует гормоны, которые непосредственно воздействуют на организм, например гормон роста (соматотропный гормон) и пролактин. Синтез и секреция гормонов гипофиза регулируются гормонами гипоталамуса, которые попадают в гипофиз по особым, соединяющим эти отделы кровеносным сосудам. Оказалось, что в гипоталамусе есть особые клетки, выделяющие сложные химические соединения, так называемые релизинг-факторы.

При воздействии стрессора стрессорная реакция развивается следующим образом: в кровь начинает поступать аварийный гормон — адреналин, который через определенные участки гемато-энцефалического барьера проникает в задние ядра гипоталамуса и вызывает в чувствительных к нему клетках состояние возбуждения. Это возбуждение по нервным и химическим путям доходит до клеток, вырабатывающих релизинг-факторы, в результате в гипоталамусе образуется кортикотропин — релизинг-фактор, который стимулирует в передней доле гипофиза синтез аденокортикотропного гормона, последний, в свою очередь, стимулирует корковый слой надпочечников к продуцированию и секреции глюкокортикоидов.

Проанализировав основополагающее учение Г. Селье об адаптационном синдроме, его сильные и слабые стороны, мы далее намерены рассмотреть физиологическую ответную реакцию организма на стрессор. В настоящее время многие исследователи, опираясь на учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, полагают, что в основном физиологическая ответная реакция человека определяется не непосредственным присутствием стрессора, а его психологическим воздействием на личность.

2.2. Учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности.

На XV Международном конгрессе физиологов в 1935 г. И.П. Павлов был назван «старейшиной физиологов мира».

Иван Петрович Павлов является создателем нового направления в медицине — учения о высшей нервной деятельности.

Как известно, И.П. Павлов по окончании Петербургского университета, а затем Военно-медицинской академии работал в лаборатории знаменитого клинициста С.П. Боткина, где провел первые крупные работы в области кровообращения и пищеварения. Изучению последнего была посвящена первая четверть века научной деятельности И.П. Павлова.

Уже при исследовании пищеварения И.П. Павлов открыл закономерности ответа организма на воздействие окружающей среды. Слюноотделение у животного, а также выделение желудочного сока или сока поджелудочной железы, происходит всегда закономерно, в зависимости от характера пищи, которую получает животное. Было установлено, что такой ответ носит рефлексорный характер.

В своих знаменитых лекциях о работе главных пищеварительных желез И.П. Павлов в 1887 г. очень много говорит о значении для нормального пищеварения психического, аппетитного сока, об условиях приема пищи, о необходимости устранения посторонних, не связанных с актом еды раздражителей и т.д. То есть уже он тогда поднимает вопрос о значении высшей нервной деятельности в отправлении различных физиологических функций организма человека и животных.

За свою работу в области пищеварения И.П. Павлов был удостоен Нобелевской премии. Это был триумф российской науки. Но И.П. Павлов не стал почивать на лаврах и уже на шестом десятке жизни начал систематическую, кропотливую работу по объективному изучению высшей нервной деятельности. Эти исследования явились завершением его материалистического учения о целостности организма в ответе на воздействие внешней среды, о ведущей роли коры головного мозга в осуществлении этого ответа.

Без всякого преувеличения можно также утверждать, что с именем И.П. Павлова связано создание всей современной патологической физиологии.

Вопросы физиологии и патологии высшей нервной деятельности изложены в следующих трудах И.П. Павлова (1951): «20-летний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных — условные рефлексы»; «Лекции о работе больших полушарий головного мозга».

И.П. Павлов в изучении вопросов физиологии никогда не отделял ее от патологической физиологии. В своем письме к Пьеру Жане по поводу физиологического анализа симптома «чувства овладения» И.П. Павлов писал, что он как физиолог не ограничивается только изучением чистой физиологии, а еще и изучает глубоко и всесторонне патологию высшей нервной деятельности.

До И.П. Павлова физиологии высшей нервной деятельности вообще не существовало. В 1914 г. И.П. Павлов в докладе, подготовленном для Международного съезда психиатров, неврологов и психологов, утверждал: «На основании многолетней моей работы я получаю смелость с полным убеждением заявить, что зародилась и быстро растет физиология больших полушарий, исключительно пользующаяся при изучении нормальной и патологической деятельности полушарий животных физиологическими понятиями и не имеющая ни малейшей надобности, ни на один момент прибегать к помощи психологических понятий и слов. При этом работа все время держится на прочном материально-фактическом фундаменте, как во всем остальном естествознании, благодаря чему поистине неудержимым образом накапливается точный материал и чрезвычайно ширится горизонт исследования».

И далее И.П. Павлов пишет: «можно с правом сказать, что неудержимый с времен Галилея ход естествознания впервые заметно приостанавливается перед высшим отделом мозга, или, обще говоря, перед органом сложнейших отношений животных к внешнему миру. И казалось, что это — недаром, а, что здесь — действительно критический момент естествознания, так как мозг, в высшей его формации — человеческого мозга — создал и создает естествознание, сам становится объектом этого естествознания».

Говоря об учении И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, нельзя умолчать о том, что оно возникло не на голом месте. Оно опиралось на замечательную идею И.М. Сеченова (1829-1905), который первым, еще до И.П. Павлова, высказал предположение о том, что в основе так называемой психической деятельности человека лежит рефлекторный процесс. Уже в своей диссертации И.М. Сеченов в 1860г. писал о так называемых произвольных движениях: «Все движения, носящие в физиологии название произвольных, есть в строгом смысле рефлекторные». Это положение И.М. Сеченова составляет основу его учения о детерминизме так называемых душевных, психических явлений, волевых процессов, указывает на их рефлекторный характер, на зависимость их от той или иной причины.

В своей работе «Рефлексы головного мозга», изданной в 1863 г., И.М. Сеченов пишет: «Смеется ли ребенок при виде игрушки, улыбается ли Гарибальди, когда его гонят за излишнюю любовь к родине, дрожит ли девушка при первой мысли о любви, создает ли Ньютон законы и пишет их на бумаге — везде окончательным фактом является мышечное движение. Все без исключения качества внешних проявлений мозговой деятельности, которые мы характеризуем, например, словами: одушевленность, страстность, насмешка, печаль, радость и пр., суть не что иное, как

результаты большего или меньшего укорочения какой-нибудь группы мышц, акта, как всем известного, чисто механического».

Касаясь значения работ И.М. Сеченова для формирования своего мировоззрения и создания учения о высшей нервной деятельности, И.П. Павлов пишет следующее: «Но думаю, что главным толчком к моему решению, хотя и не сознательному тогда, было давнее, еще в юношеские годы испытанное влияние талантливой брошюры Ивана Михайловича Сеченова, отца русской физиологии, под заглавием «Рефлексы головного мозга», где, как указывает далее Павлов, была сделана попытка «представить себе наш субъективный мир чисто физиологически».

Так что можно с уверенностью сказать, что учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, с его же слов, опирается на замечательные идеи И.М. Сеченова, согласно которым в основе так называемой психической жизни человека, как и любой другой нервной деятельности, лежит рефлекторный процесс.

И.П. Павлов развил это положение И.М. Сеченова и представил неопровержимые доказательства того, что нервная деятельность коры головного мозга действительно целиком представляет собой рефлекторные процессы. Однако для того, чтобы глубже осознать это положение, следует сказать несколько слов о природе самих рефлексов.

«Что такое рефлекс физиологов? — пишет И.П. Павлов, — здесь есть три главных элемента. Во-первых, неперенный внешний агент, производящий раздражение. Затем определенный нервный путь, по которому внешний толчок дает о себе знать рабочему органу. Это — так называемая рефлекторная дуга, цепь из воспринимающего нерва, центральной части и центробежного или относящего нерва. И наконец, закономерность: не случайность или капризность, а закономерность реакции. При известных условиях — это непременно всегда происходит. Понятно, что не надо понимать это в смысле абсолютного постоянства, что никогда не бывает условий, когда агент не действует. Разумеется, есть условия, при которых действие может быть замаскировано».

И.П. Павлов считал, что нельзя уподоблять действие рефлекса простому отражению, механически дающему всегда один и тот же ответ, что необходимо помнить о том, что реализация рефлекса осуществляется в живом организме и всецело зависит от состояния самого организма и его нервной системы.

Именно учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности изменило старое декартовское понятие о рефлексе и показало нам, каким образом и при каких условиях могут меняться и возникать рефлекторные процессы. Поэтому термин «рефлекс» (reflexio — отражение) должен означать только то, что существует объективная причина, вызвавшая определенное ответное действие.

И.П. Павлов во многих работах постоянно подчеркивал именно закономерность рефлексов. Он писал: «Таким образом, тот или другой агент закономерно связывается с той или другой деятельностью организма, как причина со следствием. Совершенно очевидно, что вся деятельность организма должна быть закономерна».

Характеризуя действия рефлексов, И.П. Павлов напоминал, что рефлексы могут быть двух родов: положительные и отрицательные, вызывающие определенную деятельность или прекращающие ее.

Рефлекторные процессы могут быть простыми и сложными.

Сложные рефлексы не являются результатом действия единичного рефлекторного акта, а представляют собой длинную цепь рефлекторных процессов, протекающих со сменой причинно-следственных отношений. Это значит, что рефлекторный процесс, возникнув как следствие, сам становится причиной другого рефлекса. Сложные рефлексы лежат в основе таких реакций организма, как инстинкты. По И.П. Павлову, «инстинкт есть не что иное, как сложный рефлекс».

Величайшей заслугой И.П. Павлова является то, что он открыл новый вид рефлексов. В докладе на Международном съезде в Гронингеме в 1913 г. И.П. Павлов говорил: «... пришло время к старому понятию о рефлексах нечто прибавить, признать, что вместе с элементарной функцией нервной системы повторять готовые рефлексы существует дальнейшая элементарная функция — образование новых рефлексов за время индивидуальной жизни».

Рефлексы, с которыми человек рождается на свет и которые он получает в готовом виде в результате филогенетического развития, И.П. Павлов назвал безусловными,

или постоянными рефлексам. Рефлексы же, возникающие в онтогенезе на основе безусловных, И.П. Павлов назвал условными, или временными рефлексам.

Итак, основой деятельности коры головного мозга, по И.П. Павлову, является условный рефлекс, который представляет собой временные связи, возникающие при определенных условиях (откуда их название) на основе безусловных рефлексов.

Биологическое значение условных рефлексов заключается в их сигнальной роли. Сигналы должны подготовить организм к соответствующим изменениям, то стимулируя какую-либо деятельность, то тормозя ее.

Условные рефлексы, по И.П. Павлову, являются основой высшей нервной деятельности. При этом их роль заключается не только в том, что они действуют как «... бесчисленные сигнальные раздражители, но и в том, существенно, что они при определенных условиях меняют свое физиологическое действие». И.П. Павлов заключает: «Итак, основная самая общая деятельность больших полушарий есть сигнальная, с бесчисленным количеством сигналов с переменной сигнализацией».

Какие же особенности способствуют образованию условных рефлексов, выполняющих столь важную роль?

«Мы знаем, — пишет И.П. Павлов, — что рефлекс есть неременная закономерная реакция организма на внешний агент, которая осуществляется при помощи определенного отдела нервной системы».

Закономерности, лежащие в основе образования условных рефлексов, могут быть кратко определены по И.П. Павлову следующим образом:

— первое и основное условие образования условного рефлекса «это совпадение во времени действия ранее индифферентного агента с действием безусловного агента, которое вызывает определенный условный рефлекс»;

— второе важное условие состоит в следующем: «при образовании условного рефлекса индифферентный агент должен несколько предшествовать воздействию безусловного раздражителя».

Это первая группа условий.

Другая группа условий связана с соответствующим состоянием организма. Он должен бодрствовать, быть свободным от другой деятельности; должна быть исключена возможность «влияния внутренних патологических раздражителей».

Третья группа условий определяет силу применяемого раздражителя. Легче всего условные рефлексы образуются на более или менее индифферентные агенты. Но при определенных условиях даже сильный безусловный раздражитель, вызывающий обычно оборонительный рефлекс (сильный ток, ожог кожи), может быть превращен в условный раздражитель. «Это превращение, — пишет И.П. Павлов, — безусловного раздражителя одного рефлекса в условный другого рефлекса делается возможным только в том случае, если первый рефлекс физиологически слабее, биологически менее важен, чем второй».

Все приведенные выше условия образования рефлекторных связей не являются исчерпывающими, что подтверждал И.П. Павлов. Он писал, что «... сделанное до сих пор показывает, что у нас еще нет сейчас полного знания всех тех условий, которые определяют деятельность механизма образования условных рефлексов».

Говоря о природе самих раздражителей и отвечая на вопрос, что может сделаться условным раздражителем, И.П. Павлов указывал, что в общих чертах ответить на этот вопрос легко: «условным раздражителем может сделаться всякий агент природы, для которого только имеется рецепторный аппарат у данного организма. Но это общее положение должно быть уточнено».

Отдельным раздражителем может быть чрезвычайно drobный элемент внешнего агента, например ничтожно разнящаяся интенсивность света.

В реальных условиях раздражители, как правило, действуют комплексно в виде определенных событий, на которые могут выработаться в условные рефлексы. Условным раздражителем может служить даже прекращение явления или его ослабление, совершающееся с известной быстротой. Условным раздражителем может быть не «наличный» раздражитель, а след его в нервной системе после прекращения его действия. На основании этого И.П. Павлов различал рефлексы наличные и следовые. Время также может сделаться условным раздражителем.

Условные рефлексы могут вырабатываться на условные раздражители (условные рефлексы второго порядка). Так называемые автоматические раздражители, то есть раздражители, действующие через кровь непосредственно на нервные центры, точно так же могут служить для образования условных рефлексов.

Когда речь идет о рефлексах, в том числе и условных (об этом речь шла выше), не всегда эффектом является раздражение, не менее часто может развиваться торможение.

И.П. Павлов процесс торможения делил на внешнее, пассивное или безусловное торможение и внутреннее, активное или условное торможение.

Если условный рефлекс не подтверждать безусловным рефлексом, то интенсивность условного рефлекса начинает ослабевать и может доходить до нуля. В основе этого явления, так называемого угасания условных рефлексов, лежит выработка торможения, которое постепенно переводит положительный условный рефлекс в отрицательный.

Положительный условный рефлекс может быть переведен в отрицательный путем присоединения к условному раздражителю нового. Эта комбинация постепенно начинает оказывать тормозной эффект, хотя сам по себе условный раздражитель, может сохранять свое действие в полной силе. Этот вид внутреннего торможения был назван условным торможением.

И.П. Павлов пишет, что в своей основе угасание и условное торможение совершенно тождественны. «Основное условие их возникновения, одно и то же. Это отсутствие соучастия безусловного раздражителя. А затем и там, и здесь, процесс развивается постепенно, повторением усиливается, последующее тормозящее действие не ограничивается положительным условным раздражителем, который подвергается процедуре учащения или условного торможения, а простирается и на другие условные раздражители, даже и на разнородные, и, наконец, быстро и временно нарушается под влиянием посторонних раздражителей. Разница только в том, что при угасании положительный условный раздражитель один теряет свое действие, а при условном торможении — в соединении с посторонним агентом, являясь теперь, так сказать, другим».

Следующий вид условного торможения может быть показан в так называемом запаздывании. При большом отставании во времени безусловного раздражителя от начала действия условного раздражителя выработанный условный рефлекс будет состоять как бы из двух фаз: начальной — недействительной и второй — действительной.

Все три перечисленных вида условных тормозных рефлексов И.П. Павлов объединяет в одну группу внутреннего торможения. Однако далее И.П. Павлов отмечает, что «имеется и четвертый случай внутреннего торможения», названного им «дифференцировочным торможением».

Остановимся далее на характеристике внешнего, пассивного безусловного торможения. Его отличие от условного торможения заключается в том, что оно свойственно всем без исключения отделам нервной системы, в то время как условное торможение развивается в коре больших полушарий мозга. Внешнее безусловное торможение возникает сразу, без всякой подготовки, в то время как внутреннее торможение развивается постепенно при повторении определенных условий (откуда и название — длительное торможение). Таким образом, в эволюционном отношении безусловное торможение является более древним типом торможения, а условное — более молодым.

Безусловное торможение возникает при явлениях так называемой отрицательной индукции при конкурентном действии различных раздражителей. И наконец, при действии чрезвычайных, сильных, необычных раздражителей, развивается запредельное торможение. Последний вид торможения, развивающийся в условиях патологии, И.П. Павлов часто называл охранительным торможением.

Конкурентное действие разных раздражителей может быть проиллюстрировано на примере появления какого-либо нового раздражителя. Он вызывает возникновение исследовательского рефлекса, и вся другая рефлекторная деятельность затормаживается. Тормозное действие новых раздражителей носит временный характер. Если новые раздражители не сопровождаются никакими существенными для животного изменениями, то впоследствии они делаются индифферентными и их тормозящее действие прекращается. Таким образом, в отличие от раздражителей,

которые постоянно вызывают торможение, подобного рода раздражители могут быть названы гаснущими или временными тормозами.

На основании этого, характеризуя тормозные процессы, И.П. Павлов писал, что они по сравнению с раздражительными лабильнее, так как легче меняются даже под влиянием более слабых посторонних раздражителей.

Чем бы ни характеризовалась деятельность корковых клеток при условном раздражении, она рано или поздно переходит в тормозное состояние. «Клетка переходит в тормозное состояние и при подкреплении. Развитие в ней тормозного состояния без подкрепления есть частный случай более общего отношения. Клетка под влиянием раздражения постоянно, хотя иногда и медленно, стремится к переходу в тормозное состояние. Безусловный раздражитель только задерживает этот переход». Естественно, конечно, рассматривать этот переход в связи с функциональным «разрушением» клетки при работе. Здесь «разрушение» надо понимать не в буквальном смысле этого слова, а как падение реактивности, истощение ее энергетических запасов.

Но как представить себе случаи, когда отрицательный условный раздражитель сразу вызывает тормозной процесс еще у покоящейся клетки, или почему новые явления действуют на животный организм тормозящим образом? Ответить на эти вопросы трудно. Поэтому, по мнению И.П. Павлова: «как ни значителен наш экспериментальный материал, он явно недостаточен, чтобы составить общее и определенное представление о торможении и об его отношении к раздражению».

Необходимо отметить, что сон — это тоже торможение. Первоначально И.П. Павлов различал три вида торможений: внешнее, внутреннее и сонное. Позже И.П. Павлов изменил эту точку зрения. «В настоящее время, — писал И.П. Павлов, — после продолжительного собирания фактов и колебаний в предложениях, мы приходим к иному заключению, что внутреннее торможение и сон — один и тот же процесс, только в первом случае узко локализованный так сказать, размельченный, а не сплошной — как в обыкновенном сне... Нормальный периодический сон наступает вследствие все более и более начинающего преобладать тормозного состояния, связанного с нарастающим истощением органа во всей его массе во время бодрого рабочего периода».

Таким образом, и в условиях бодрствования отдельные пункты коры головного мозга заторможены и представляют собой участки сонного состояния. «Значит, парциальный сон постоянно участвует в бодром состоянии живого организма и именно в тончайших соотношениях его с внешним миром. И наоборот, в сонном состоянии всегда есть бодрые, деятельные пункты в больших полушариях, как бы дежурные сторожевые пункты».

Общеизвестны случаи, когда мельник, уснув на работе, сразу же пробуждался от прекращения мельничного шума, как бы крепко он ни спал. Мать просыпается от малейшего шороха больного ребенка, хотя другие, гораздо более сильные раздражители не будят ее. Имеются эпизоды, когда люди просыпаются в назначенный для себя час, в то время, когда будильник не может их разбудить, и т.д. Таким образом, никакой противоположности между бодрствованием и сном, которую мы обыкновенно привыкли представлять, не существует. Все дело сводится, по мнению И.П. Павлова, «только к преобладанию, при известных условиях, то бодрых, то сонных пунктов в массе больших полушарий».

По И.П. Павлову, сон есть торможение, распространяющееся на все полушария и даже ниже — на средний мозг.

Из приведенных примеров различных видов условного и безусловного торможения нетрудно усмотреть, что в некоторых случаях приведенная классификация торможений носит, в известной мере, искусственный характер. Это можно объяснить тем, что природа торможения в конечном счете всюду едина. И.П. Павлов указывал, что есть все основания различать виды торможения в их физико-химической основе считать одним и тем же процессом, только возникающим в различных условиях.

Далее И.П. Павлов пишет, что нервная система всегда имеет больший или меньший комплекс анализаторов. К анализаторам должны быть отнесены периферические приборы всевозможных афферентных нервов, сам нерв и клеточные мозговые концы. И.П. Павлов считал, что, например, глазной (зрительный) анализатор состоит из периферической части — сетчатой оболочки, из зрительного нерва и, наконец, из тех

мозговых клеток полушарий головного мозга, в которых оканчивается зрительный нерв.

Большие полушария, по мнению И.П. Павлова, состоят из собрания анализаторов: глазного, ушного, кожного, носового, и ротового. Кроме этого И.П. Павлов выделяет двигательный анализатор, который имеет целью различать огромный комплекс внутренних явлений, происходящих в самом организме. Уже после смерти И.П. Павлова было выделено множество анализаторов внутренней среды организма под общим названием интерорецепторы.

К.М. Быков и его сотрудники доказали, что при раздражении внутренних органов, иннервируемых вегетативной нервной системой, можно получить условные рефлексы. Для этих условных рефлексов характерны те же закономерности, что и для экстероцептивных условных рефлексов. Особенностью интероцептивных условных рефлексов являются трудность их образования и чрезвычайная стойкость.

Таким образом, по И.П. Павлову, образование условных рефлексов есть явление протекания новых путей, нервного замыкания или синтеза, и то же время это есть процесс высшего анализа. Поэтому один из ближайших учеников И.П. Павлова, А.Г. Иванов-Смоленский обоснованно предлагал говорить об аналитико-синтетической деятельности больших полушарий, так как эти два процесса неразрывны.

Деятельность коры головного мозга, по мнению И.П. Павлова, как и других отделов нервной системы, в основном, определяется процессами раздражения и торможения.

Эти два основных нервных процесса — тормозной и возбудительный — способствуют формированию либо положительных, либо отрицательных условных рефлексов. Любые внешние агенты, раздражающие нервные окончания в коже человека, вызывают торможение в определенных участках мозга, которое имеет тенденцию к распространению (иррадиации) из одного пункта по массе больших полушарий, а затем наступает сосредоточение в определенном пункте — концентрация. При этом оказалось, что иррадиация совершается быстро, тогда как концентрация совершается в 4-5 раз медленнее чем иррадиация. Раздражительному процессу точно так же свойственны и иррадиация, и концентрация.

И.П. Павлов считал, что именно процесс концентрации раздражения лежит в основе механизма образования временных связей условных рефлексов. И.П. Павлов писал: «Основное явление — образование временных связей — основано на способности раздражительного процесса концентрироваться. Механизм образования условного рефлекса, механизм ассоциаций представляется в следующем виде. Происходит сильное раздражение, например, пищей, и тогда всякое другое раздражение, которое одновременно попадает в другую часть полушарий, концентрируется этим сильным раздражением в направлении к его пункту. Точно так же концентрируется и торможение, чем достигается образование условных рефлексов».

Другим важным фактором, раскрывающим внутренние механизмы работы больших полушарий, было установление влияния одного процесса на другой. Это явление И.П. Павлов назвал индукцией. «Оно взаимно реципрокное: процесс раздражения ведет к усиленному торможению и, обратно, торможение — к усиленному раздражению. Первое обозначается у нас словом «отрицательная фаза индукции», второе — «положительная фаза индукции, или короче, отрицательной и положительной индукцией».

Далее И.П. Павлов приходит к заключению о том, что положительная индукция представляет собой временное, фазовое явление. Внешнее торможение, о котором говорилось выше, представляет собой явление отрицательной индукции.

Характеризуя нарушения равновесия между раздражением и торможением, И.П. Павлов писал о ряде переходных состояний от бодрого к тормозному, то есть тормозной процесс нарастает постепенно, обуславливая так называемые фазовые или гипнотические состояния. Сущность фазовых состояний заключается в различной интенсивности торможения, которое нарушает нормальное соотношение между раздражителем и ответной реакцией.

«Когда мы имеем перед собой совершенно нормальную клетку, — писал И.П. Павлов, — и применяем в качестве условных раздражителей внешние агенты разной физической силы, то условный эффект этих раздражителей идет более или менее

параллельно их физической силе». При фазовых состояниях эти соотношения меняются крайне своеобразно.

Первой гипнотической фазой И.П. Павлов называет уравнительную, при которой и сильные и слабые раздражители давали одинаковый эффект.

Вторая фаза — это так называемая парадоксальная фаза. При ней сильный внешний раздражитель вызывает либо слабую реакцию, либо никакой, а слабый внешний раздражитель — сильную реакцию.

И наконец, третья фаза гипноза названа И.П. Павловым ультрапарадоксальной, когда продолжительная реакция мозга может быть получена на негативный стимул, то есть наступает своеобразное извращение реакции на качество раздражителя. Мозг реагирует положительно на отрицательный раздражитель и, наоборот, отрицательно на положительный раздражитель.

Парадоксальная фаза названа И.П. Павловым «фазой внушения». По мнению И.П. Павлова, наиболее эффективным внушение врача оказывается именно в этой фазе. В повседневной практической деятельности врача-психотерапевта, при погружении больного в гипнотическое состояние врач не всегда может выявить фазу гипнотического состояния, однако по отдельным клиническим признакам можно определить, в какой фазе находился больной после пробуждения от лечебного сна. Некоторые больные после очередного сеанса просят врача проводить внушения последующего сеанса менее громким голосом. Врач при проведении следующего сеанса гипноза несколько усиливает свой голос, что вызывает одобрение со стороны больного. Данный пример явно свидетельствует о парадоксальной фазе.

Примером ультрапарадоксальной фазы гипнотического состояния может служить часто встречающийся в практической деятельности врача-психотерапевта факт, когда чрезмерно сильный (запредельный) внешний раздражитель вызывает разлитое торможение в коре головного мозга. Подтверждением наличия ультрапарадоксальной фазы является пример, когда чрезвычайно сильное внешнее положительное известие вызывает реакцию плача у больного, и, наоборот, чрезвычайно сильное внешнее отрицательное известие вызывает реакцию неадекватного смеха.

И.П. Павлов писал: «... можно ли перечисленные переходные фазы в состоянии полушарий расположить в один ряд, и если можно, то в какой именно, — остается для нас полностью нерешенным. Если взять все наши случаи, преемственность фаз оказывается довольно разнообразной.

Таким образом, остается неясным, есть ли эти состояния строго последовательные или параллельные. Мы также не можем точно указать, почему данная фаза прямо переходит то в одну, то в другую, следовательно, требуется дальнейшее исследование».

Длительная практическая деятельность позволяет нам высказать некоторые свои соображения о фазовых состояниях головного мозга, предложенных И.П. Павловым. Мы считаем, что описанные выше фазовые состояния, при переходе человека от бодрствования ко сну, то есть при засыпании человека, и фазовые состояния, возникающие при погружении человека в гипнотическое состояние, суть одни и те же. Однако если И.П. Павлов определяет ночной сон как внутреннее торможение, то гипнотическое состояние с нашей точки зрения, можно определить как внешнее торможение. На основании этой гипотезы, учитывая разные механизмы наступления фазовых состояний при ночном сне и гипнозе, можно предположить, что различие этих механизмов может свидетельствовать и об отличительных особенностях фазовых состояний при ночном сне и гипнозе. С нашей точки зрения эта гипотеза требует экспериментальных доказательств.

При возникновении фазовых состояний, по И.П. Павлову, торможение может захватывать то большие, то меньшие районы больших полушарий. Причем тормозной процесс может быть различной степени интенсивности и экстенсивности.

Далее, И.П. Павлов указывает, что работоспособность нервных клеток может нарушаться, при этом возникает ослабление раздражительного и тормозного процессов. В этих условиях нарушается и подвижность этих процессов. Они становятся более инертными. Самое распространенное явление в практической деятельности врача-психотерапевта — это инертное состояние раздражительного процесса, то есть «такое, когда возбудительный процесс делается упрямее, упорнее,

менее скоро уступает место законно возникающим тормозящим влияниям. Помимо патологической инертности возможно противоположное, когда подвижность раздражительного процесса ненормально увеличена». Это состояние И.П. Павлов назвал патологической лабильностью или взрывчатостью. «Это то, — писал И.П. Павлов, — что в неврологии называется раздражительной слабостью».

Естественно, что нарушение подвижности процессов может наблюдаться не только при раздражении, но и при торможении.

Пользуясь условными рефлексам в качестве объективного метода для суждения о состоянии высшей нервной деятельности, И.П. Павлов установил, что стойкие изменения функциональных состояний коры головного мозга типа неврозов можно получить, применяя такие приемы:

- 1) перенапряжение раздражительного процесса;
- 2) перенапряжение тормозного процесса или
- 3) перенапряжение подвижности нервных процессов, что называют «сшибкой» или столкновением раздражительного и тормозного процессов.

Перенапряжение раздражительного процесса, по мнению И.П. Павлова, вызывается действием агента большой, необычной силы. Удлиняя сроки действия отрицательных условных раздражителей, можно вызвать перенапряжение тормозного процесса. Нарушение подвижности нервных процессов вызывается быстрой сменой тормозного состояния на возбуждательное, и наоборот.

Пределы «выносливости» нервных клеток различны, они зависят от силы нервных процессов. Легче дают срывы, по И.П. Павлову, слабые или временно ослабленные клетки.

И.П. Павлов и его ученики отмечали, что развитие явлений нервного срыва наступает не сразу после перенапряжения нервных процессов. Для этого требуется некоторый, хотя и непродолжительный срок в 1-2 дня. Наш многолетний практический опыт свидетельствует о том, что невроз в результате психической травмы возникает по-разному. Ниже мы представим случаи заболеваний, которые развились параллельно с действием психотравмы, вскоре после психотравмы, а также на отдаленном этапе после нее.

И.П. Павлов отмечал, что при неврозах, не возникает каких-либо совершенно новых, не свойственных физиологии процессов. Вся суть патологии высшей нервной деятельности, по И.П. Павлову, состоит в том, что физиологические закономерности головного мозга приобретают другие качественные особенности. Это меняет нормальную реактивность головного мозга, и в результате происходят нарушение взаимоотношений в организме и срывы в виде искаженных реакций.

Если в норме все процессы, протекающие в коре головного мозга, находятся в определенном соподчинении и равновесии, то в условиях патологии это равновесие нарушается.

«Нарушение этого равновесия, — писал И.П. Павлов, — есть патологическое состояние, болезнь, причем часто в самой, так называемой норме».

В анализе патологических состояний И.П. Павлов основное внимание уделял, главным образом, процессам возбуждения и торможения в центральной нервной системе и нарушающимся в процессе срыва нервной системы взаимоотношениям между ними.

Подробное изложение основ учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности продиктовано исключительно тем, что мы в своей практической деятельности опирались всецело на это учение. Благодаря трудам И.П. Павлова по высшей нервной деятельности, которые мы тщательным образом начали изучать в 1951 г., нам удалось понять сущность патофизиологических нарушений при пограничных состояниях, с одной стороны, а с другой, на основании этого учения построить свои методологические модели психотерапевтического воздействия на больных, страдающих различными функциональными нарушениями центральной нервной системы.

Опираясь на учение И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, о сигнальных отношениях в центральной нервной системе, мы более четко осознали, что именно благодаря слову (сигналу II порядка) можно воздействовать на психику человека с лечебной целью.

«Слово, — писал И.П. Павлов, — благодаря всей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, все их сигнализирует, все их заменяет и потому может вызывать все те действия, реакции организма, которые обуславливают те же раздражения. Таким образом, внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека».

2.3. Учение З. Фрейда о бессознательном и его концепция психоанализа.

После подробного описания основных положений учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности и его значения для анализа патогенетических механизмов неврозов и других функциональных расстройств и для создания эффективного психотерапевтического воздействия на больного, мы хотим остановиться еще на одном, с нашей точки зрения очень важном учении — учении З. Фрейда о психоанализе, сыгравшем большую роль в терапии неврозов.

Хотя эти гениальные исследователи конца XIX и начала XX вв. имели разные подходы к объяснению невротической патологии, между ними все же было и много общего. Во-первых, они жили и работали в одно время и были ровесниками: И.П. Павлов родился в 1849 г.; З. Фрейд — в 1856 г.; во-вторых, они оба работали в одной области естествознания. И.П. Павлов разъяснял сущность функциональной патологии с позиций физиологического учения. З. Фрейд искал объяснение этой патологии с позиций психологической науки. Однако общим для них с нашей точки зрения оставалось понимание рефлекторности психической деятельности человека.

З. Фрейд родился в 1856 г. в Вене (Австрия). После окончания Венского университета он, получив ученую степень врача-бакалавра, долгое время занимался анатомией и физиологией нервной системы и добился в этой области известных успехов. Своими работами он внес большой вклад в учение о функциях нейрона и о некоторых корковых поражениях. Ему принадлежит термин «агнозия». Многие годы он отдал изучению детского паралича; впервые внедрил в стоматологическую практику кокаиновое обезболивание. Затем З. Фрейд заинтересовался клиникой душевных заболеваний. Под руководством профессора И. Брееера увлекся катарсисом и успешно занялся частной практикой. Затем З. Фрейд покидает Вену и отправляется на учебу в Париж, к известному врачу — одному из основоположников психотерапии — Ж. Шарко. Под его руководством З. Фрейд добился больших успехов в изучении широко распространенного тогда заболевания — истерии и в лечении этого заболевания гипнозом.

После возвращения в Вену он продолжил работу в клинике и расширил свою врачебную практику.

Лечение больных истерией протекало успешно. Однажды к З. Фрейду поступила на лечение больная Н. 36 лет с истерическим парепарезом нижних конечностей. Заболела она после смерти своей любимой сестры, которая умерла от рака на ее руках в течение 6 месяцев. Больная Н. своей семьи не имела и проживала в семье своей замужней сестры, у которой было двое детей и муж (замечательный человек).

После смерти сестры, в день похорон, у больной развился парепарез нижних конечностей, то есть она заболела истерией.

З. Фрейд, к которому поступила на лечение больная Н. провел с ней большое количество сеансов гипносуггестивной терапии но облегчить страдания не смог.

Он с присущей ему энергией начал лихорадочно искать выход из тупика. Он вспомнил эффективное лечение подобных состояний «самим Шарко». Но одновременно сознавал, что «успех» его «мэтра», был обусловлен его огромным авторитетом. Он также осознавал, что в большинстве своем успех терапии у Шарко был обусловлен не только его авторитетом, но и его колоритностью (больные выздоравливали иногда от одного вида врача), его широкой известностью. З. Фрейд не обладал ни яркой выразительной внешностью, ни, тем более, известностью. Он вновь обратился к отвергнутому ранее катарсису. И выяснил следующее: однажды, незадолго до смерти сестры ее супруг приехал в очередной раз домой на обед (он постоянно обедал дома) и, когда больная Н. подавала ему еду, у нее промелькнула мысль о том, что она не прочь была бы после смерти своей сестры стать женой своего

шурина. Эта мысль привела больную в сильное волнение, и она, убежав в смятении в свою комнату, много плакала, извивалась в судорогах, но зазвенел звоночек (ее звала сестра) и больная Н. пошла оказывать помощь своей сестре, забыв о собственных переживаниях.

Когда больная Н. рассказывала З. Фрейду во время катарсиса вышеописанный эпизод, в том месте, где она вспомнила о кощунственной своей мысли стать после смерти сестры женой шурина, о переживании, плаче, конвульсиях, у нее вновь появились движения в нижних конечностях. З. Фрейд воспользовался этим и довел свои внушения до логического конца. После пробуждения от лечебного сна больная встала с постели и пешком отправилась к себе в палату.

Анализируя приведенную выше историю болезни, З. Фрейд пришел к заключению о том, что поводом к развитию болезни у больной Н. были переживания, связанные с желанием больной стать женой своего шурина еще при живой тогда сестре. Это желание больной Н. З. Фрейд расценил как желание чисто сексуального содержания. В дальнейшем З. Фрейд во всех случаях тяжелых болезненных проявлений начал искать мотивы возможных сексуальных переживаний. Начался период создания нового психотерапевтического метода, который в последующем З. Фрейд назвал **психоанализом**.

Что мы сейчас понимаем под этим термином?

Сам З. Фрейд в своей работе «Эго и Ид» писал: «Психоанализ — инструмент, дающий возможность победы Эго над Ид...». Для достижения победы Эго над Ид Фрейд считал необходимым «усилить, сделать его более независимым от Супер-Эго, расширить сферу действия перцепции и укрепить его организацию. Где было Ид, там будет Эго». Цель психоанализа З. Фрейд видел в том, чтобы сделать бессознательное сознательным.

В приведенной выше истории болезни больной Н. Фрейд определил, что сексуальный характер переживаний больной был вытеснен в сферу бессознательного. Когда удалось выявить содержание переживаний и перевести его из сферы бессознательного в сознательную сферу, наступил процесс выздоровления. Перед З. Фрейдом встала важная проблема найти возможные пути для выявления, вскрытия этих переживаний.

Далее З. Фрейд отверг гипноз и стал выяснять мотивы поступков человека, наблюдая за его обыденной жизнью, за теми оговорками, ошибками, в которых он выдает свои осознанные или неосознанные сокровенные мысли.

Для перевода неосознанного переживания в осознанное З. Фрейд вынужден был прибегнуть к методу свободных ассоциаций, переносу и интерпретации.

Пациенту предлагалось на вопросы врача отвечать первое, что приходит в голову (свободные ассоциации).

Определение переноса, по мнению З. Фрейда содержит четыре основных утверждения: «перенос является разновидностью объективных отношений; явления переноса повторяют прошлое отношение к объекту; механизм перемещения играет важную роль в реакции переноса; перенос является регрессивным феноменом». По Фрейду, перенос может быть отцовским, материнским, эдиповым, доэдиповым. Он может быть объективным или нарциссическим в соответствии с тем, представлял ли пациент своего психоаналитика как внешнюю персону, от которой он зависит, которую он любит или ненавидит, или как часть самого себя. Перенос может быть положительным или отрицательным в зависимости от того, расценивает ли пациент психоаналитика как доброжелательную или недоброжелательную фигуру.

Классическим примером использования метода интерпретации является толкование сновидений. По мнению З. Фрейда, сновидения всегда отражают желание человека. Но и в сновидениях, по мнению З. Фрейда, есть своя цензура, не дающая в большинстве случаев выявиться желанию в открытую. Если желание не совсем законно и прилично, то оно напрямую не проявляется и в сновидении.

Монахиня не увидит во сне любовь понравившегося ей накануне юноши, но может увидеть, как она гладит котенка, глаза которого по цвету напоминают глаза этого юноши. Сновидения — это символ, сгусток, насыщенный образ желаний человека, но они почти никогда не являются их буквальным отражением.

Все предметы, по З. Фрейду, обладающие объемом, являются символами женских половых органов. Револьвер, нож, палка, то есть все плоские предметы, являются символом мужского полового органа.

Симптом болезни (невроза) З. Фрейд тоже считает символом. Если истерик ослеп, это значит, что он чего-то не хочет видеть или видит то, что видеть не хотел.

Далее З. Фрейд делит психику человека на три этапа: «ОНО» (аффект), «Я» (разум) и «СВЕРХ Я» (мораль). З. Фрейду принадлежат термины: «сознательное» и «бессознательное».

До З. Фрейда считалось, что сознание не охватывало всего того, что человека окружает, хотя войти в сознание любое явление может довольно легко.

«ОНО» — это область запрещенного бессознательного, это не только врожденные инстинкты, а также подавленные мысли и желания, вытесненные в бессознательное. «ОНО» — требует, «Я» — проверяет и запрещает в соответствии с реальностью. «СВЕРХ Я» — не всегда полностью сознательно. Это моральный кодекс, выработавшийся у данного человека. Иногда желание проходит контроль «Я», так как «ОНО», грубо говоря, вполне выполнимо с точки зрения грубой реальности, но «СВЕРХ Я» часто приводит к компромиссам между желаниями и моралью. «ОНО» — лошадь, «Я» — всадник, «СВЕРХ Я» — план в голове всадника.

Отношения, по З. Фрейду, между тремя инстанциями человеческой психики динамичны. В них происходит вытеснение нежелательных мотиваций, цензура — недопущение их обратно в сознание и сублимация — переключение энергии влечения на что-нибудь другое. Из вышесказанного можно заключить, что задачей психоаналитика является выяснение того, что именно вытеснено в область бессознательного посредством определения главного направления действия цензуры. После этого необходимо дать аффекту выход в сознание, чаще всего путем сублимации, если невозможно его прямое удовлетворение. Так, можно увлечь человека какой-либо идеей (например, — написать роман).

«ОНО» — обиталище главным образом влечений и инстинктов. Инстинкты человека (или безусловные рефлексы по И.П. Павлову) — пищевой, половой, оборонительный, рождаются на свет вместе с ним. И.П. Павлов, поэтому и назвал эти рефлексы врожденными. По З. Фрейду, большинство подавленных влечений носят сексуальный характер, так как в противном случае человек может умереть. Половой инстинкт человек может подавить без прямой опасности для своей жизни. Продолжая свои исследования, З. Фрейд пришел к убеждению, что истоки многих психических переживаний относятся к детству и с помощью психоанализа можно доказать, что все реакции взрослых predetermined детскими переживаниями. В связи с этим, З. Фрейд заинтересовался детской сексуальностью.

Он считал, что детская сексуальность эволюционирует, начиная с оральной эротике (сосание груди), которая вызывает у младенца подобие оргазма (насыщение пищей). На первом году жизни при нормальном развитии ребенка оральная эротика исчезает. Вторая стадия эротике — анальная, связана с актами мочеиспускания и дефекации. Форма этой эротике определяет дальнейшее развитие характера. З. Фрейд считал, что приучение ребенка задерживать дефекацию сформирует у него в будущем замкнутость, скупость и, наоборот, обратная тенденция способствует развитию в будущем щедрости.

Все вышеперечисленное относится к так называемой нарциссической стадии эротике. После нее ребенок начинает искать для себя объект любви, которым оказывается мать. В последствии у мальчиков сформируется эдипов комплекс (ревность к отцу в отношении матери). Началом формирования этого комплекса совпадает с началом проявления интереса к своим половым органам и страха перед кастрацией, связанных с постоянным напоминанием родителей о том, что они отрежут половой орган, если ребенок будет продолжать играть с ним.

Однажды мальчик, увидев обнаженную девочку без половых органов, начинает ее жалеть, испытывая по отношению к ней чувство превосходства. У мальчиков формируется амбивалентное отношение к отцу. С одной стороны, отец для мальчика — это высший авторитет, а с другой — его конкурент, который к тому же может лишить его полового члена. В результате ребенок вырабатывает этическую норму, по которой половой орган трогать нельзя, отца надо любить, мать надо «уступить отцу». В это время эдипов комплекс изживает себя и на непродолжительное время

наступает сексуально-латентный период. Если эдипов комплекс продлевается до полового созревания, то первые объекты с наступлением половой зрелости будут чем-то напоминать юноше мать. Половая жизнь в таком случае будет протекать ненормально, с извращением, регрессом либидо. Происходит так называемое расслоение, в котором большое место занимает сублимация, и человек переключает всю энергию в несексуальные сферы. Поэтому при возникновении первой любви происходит слияние его либидо с «ОНО», либо с «Я», либо с «СВЕРХ Я», либо расслоение этого объекта по разным уровням.

У девочек страх перед кастрацией отсутствует, в связи с чем весь комплекс их переживаний растянут во времени. У них тоже возникает эдипов комплекс, но только по отношению к матери, и он значительно слабее, чем у мальчиков.

Главное переживание девочек, по мнению З. Фрейда, это неполноценность перед мальчиком (отсутствие полового члена) и чувство вины перед кем-то. Это состояние сохраняется на всю жизнь, в связи с чем женщине не приходится преодолевать эдипов комплекс. По мнению З. Фрейда, женщина никогда не взрослеет.

В конце своей жизни З. Фрейд начал применять психоанализ для толкования явлений культуры, религии, философии и др. Он назвал созданное им учение о психологии динамическим и понимал психологию как постоянную борьбу между главными слоями психики. Неизбежно возник вопрос, какая энергия обеспечивает эту динамику, эту борьбу. И Фрейд, отвечая на этот вопрос, говорит, что это энергия инстинктов, которая зарождается в телесных источниках (половой инстинкт, например, зарождается в половых органах) и трансформируется в психическую энергию. Эта сумма энергии не является чем-то постоянным. Она имеет свои пределы, и часто энергия одного инстинкта передается другому. Итоговая уравновешенность достигается благодаря сопротивлению, оказываемому энергии влечений со стороны «Я» и «СВЕРХ Я». В процессе этого сопротивления происходит так называемая **закалка характера**.

По З. Фрейду, инстинкты можно детерминировать и систематизировать до бесконечности, но определенные тенденции в них все же можно проследить. Основной тенденцией является либидо, то есть стремление жить как можно полнее, пользоваться всеми жизненными отправлениями, оставить после себя потомство. Противоположно направленная тенденция — это стремление к смерти, к нирване, которое очень тесно переплетено с либидо. В животном мире отдельные виды умирают после первого полового акта. У высших животных половой акт заканчивается нирваной. Либидо бесконечно трансформируется, инстинкт смерти также имеет тенденцию трансформироваться в двух направлениях: к агрессии и мазохизму. Трансформированные инстинкты тоже очень часто сочетаются и переплетаются друг с другом, что находит подтверждение в психопатологии половых извращений.

Конкретные проявления либидо, по З. Фрейду, одинаковы у всех людей. Все дети в этом смысле похожи. Следовательно, каждый инстинкт имеет наследственную природу. В поисках корней этой наследственности З. Фрейд обратился к истории человечества, увлекаясь при этом мифами, сказаниями, древними обычаями, считая их удобным материалом для исследования психики.

Анализируя все это, З. Фрейд обнаружил большое сходство культур разных народов, которое заключается в том, что у всех народностей имеются какие-то беспричинные запреты ритуального характера (табу) и поклонение какому-то божеству, сопровождающееся ритуальными пиршествами, на которых всегда съедается что-то такое, что имеет отношение к божеству (тотему). Смысл табу и тотемов неочевиден и символичен.

Таким образом, уже на заре цивилизации для каждого общества характерно наличие символов, что, по З. Фрейду, является результатом конфликта между влечениями человека и теми ограничениями, которые на него накладывает цивилизация. В первобытном обществе никаких моральных запретов не существовало, там царило многоженство и каннибализм. Затем появилась власть патриарха, который получил право безраздельно пользоваться любой женщиной и право первого куска на пиршестве. Позже в племенах начались бунты, во время которых «сыновья» убивали своих «отцов» и получали право пользоваться их женщинами.

В связи с тем, что в таких условиях естественно общество существовать не может, сыновья сооружали себе символ отца — «тотем», которому, с одной стороны, поклоняются, а с другой — которого время от времени поедают. Эти мотивы убийства бога, очищение от первородного греха и поглощения тела убитого бога проходят через все религии. Анализ развития цивилизации свидетельствует о том, что оно проходило с возникновением все новых запретов.

«Цивилизация, — писал З. Фрейд, — создала человеку удобства, но отняла у него счастье...». Прежде всего, считает З. Фрейд, цивилизация угнетает половой инстинкт в смысле ограничения внутрисемейных, кровных половых отношений. Этот запрет существует во всех цивилизациях. Инстинкт полигамии — доказательство стремления иметь всех женщин своими.

Второе достижение цивилизации — это отказ от каннибализма и отказ от убийства. С этой точки зрения понятно, что развитие каждого индивидуума в миниатюре повторяет развитие цивилизации.

Врожденные инстинкты человечества — это унаследованная история человеческого общества. Достижения цивилизации, по З. Фрейду, невелики. Несмотря на запреты, победа над инстинктами неполная. Лишь каннибализм запрещен, да и то в неполном смысле. «Съедают» своих врагов разными способами. Часто стремление к убийству, подавленное в законодательном порядке, находит выход в войнах, которые, по мнению З. Фрейда, являются не социальным, а биологическим явлением. Здесь З. Фрейд полемизировал со многими пацифистами, в частности с А. Энштейном, объясняя неизвестность существованием инстинкта смерти. По З. Фрейду, пацифист — это не более чем одиночка, отказавшийся от стихийных удовольствий агрессии.

Далее З. Фрейд глубоко анализирует психологические корни религии как средства коллективной защиты от опасностей жизни, как коллективного амулета — защиты от опасностей цивилизации. В религии всегда существует бог. Чувства, испытываемые человеком по отношению к богу, по мнению З. Фрейда, являются отражением чувств, испытываемых по отношению к «отцу»; он защищает и наказывает, его боятся и любят, он накладывает запреты на инстинкты, он коллективное «СВЕРХ Я» всего человечества, он помощник и оружие цивилизации.

Однако, как считает З. Фрейд, для подавления инстинктов одной религии еще не достаточно. Появляется идея вождя, по отношению к которому человек ощущает себя опекаемым, руководимым, любимым. Потребность в вожде — это тоска по «отцу».

Искусство, по З. Фрейду, это сублимация либидо художника. Для зрителя искусство лишь тогда действительно, когда оно, адресуясь к подсознательному, способствует сопереживанию, изживанию собственных инстинктов.

«Картина общества, — пишет З. Фрейд, — не справившегося со своими первобытными инстинктами, весьма печальна. Когда-нибудь разум победит, но возможно, что это произойдет так нескоро, что человечество успеет погибнуть в буре разбушевавшихся инстинктов прежде, чем научится с ними справляться».

Метод психоанализа, предложенный З. Фрейдом как метод лечения неврозов, хотя не может быть бесспорным, но, несомненно, является очень эффективным. Эффективность этого метода лечения доказана временем. Многие философские постулаты З. Фрейда, как и его претензии на самостоятельное философское направление (пансексуализм), вызывают до сих пор возражения, но полезным все же является то, что З. Фрейд своим методом снял покров мещанского замалчивания сексуальных проблем и отчетливо показал роль детских конфликтов в формировании личности.

З. Фрейд рассматривал организм человека как единое целое и явился поэтому родоначальником целостного психоаналитического направления медицины, изучающего роль психики в происхождении любого заболевания.

К большому сожалению, З. Фрейд в своих построениях не мог опираться на физиологию высшей нервной деятельности, которая тогда только начала зарождаться.

2.4. Значение взглядов Г. Селье, И.П. Павлова, З. Фрейда на этиопатогенез и терапию неврозов.

Хотя со времени распада мирового коммунистического монстра прошло всего десять лет, мы в России стали по-другому относиться к ценностям науки как у нас в стране, так и за рубежом. Канули в лету зловещие и беспринципные нападки на корифеев нашей медицинской науки, на «буржуазных» ученых, даже таких известных, как З. Фрейд. Вот что было написано о З. Фрейде в 1959 г: «концепция Фрейда (даже без имени) является зловещным знаменем эпохи — агонистической фазы развития капиталистического общества. Фрейдизм — это апокалипсис империализма».¹ Вот почему в течение многих лет на фрейдизм государством было наложено табу.

Можно по-разному относиться к тем или иным представителям медицинской науки, независимо от их «партийных» пристрастий или местожительства, можно их хвалить или порицать. Несомненно, что концепции выдающихся ученых XX века Г. Селье, И.П. Павлова и З. Фрейда, их нововведения, наряду с важностью и значимостью актуальностью и концептуальностью, имеют те или иные недостатки, за которые их можно и необходимо критиковать. Однако характер критики, с нашей точки зрения, должен быть сугубо конструктивным и способствовать дальнейшему развитию учения о стрессе, о высшей нервной деятельности и о бессознательном.

Описанные выше концепции Г. Селье, И.П. Павлова и З. Фрейда были объединены нами не случайно. Несмотря на кажущиеся внешние различия во взглядах этих ученых и специализацию в разных областях медицины, у них имеется много общего. Главное, что их объединяет, это нацеленность на объяснение сущности реакции человеческого организма на неблагоприятные условия внешней среды, то есть на возникновение различных патологических состояний под влиянием различных неблагоприятных психотравмирующих ситуаций (стрессов).

Учение Г. Селье «об адаптационном синдроме» оказало большое влияние на различные отрасли науки о человеке — медицину, психологию, социологию и другие области знаний. Предпосылкой возникновения и широкого распространения учения о стрессе можно считать возросшую за последние полвека актуальность проблемы защиты человека от воздействия неблагоприятных факторов окружающей нас среды.

Надо подчеркнуть, что в настоящее время изучение природы и прикладных аспектов стрессовой реакции шагнуло от лабораторных экспериментов на животных к широкому их исследованию представителями самых различных научных дисциплин в приложении к здоровому и больному человеку.

Стресс многолик в своих проявлениях. Он играет важную роль в возникновении не только нарушений психической деятельности человека, но и ряда заболеваний внутренних органов. Он может спровоцировать практически любое заболевание.

В связи с этим в настоящее время расширяется потребность как можно больше узнать о стрессе и способах его предотвращения и преодоления.

Как указывал неоднократно Г. Селье, стресс нельзя рассматривать только как зло, его нужно считать и великим благом. Без стрессов наша жизнь стала бы похожа на сплошное прозябание. «Стресс, — как писал Г. Селье, — это не только повреждения и болезни, но и важнейший инструмент тренировки и закаливания организма человека, ибо стресс способствует повышению сопротивляемости организма, тренировке его защитных механизмов». Стресс может приводить не только к тяжелому страданию но и к большой радости. Он способен поднять человека к вершинам творчества. Стресс остается нашим верным союзником в непрекращающейся адаптации организма к любым изменениям в окружающей его среде.

Основополагающим в исследованиях Г. Селье об ответе человеческого организма на любой вредный фактор является вывод о том, что на стресс реагирует только гормональная, то есть эндокринная система. При этом автор не учитывает реакции на стресс центральной нервной системы, что обуславливает некоторую односторонность учения Г. Селье в трактовке реакции человека на любую стрессовую ситуацию. С нашей точки зрения в настоящее время первоочередной задачей в области научных исследований стресса является комплексный подход с учетом реакции центральной

¹ А. Снежневский. Предисловие к книге Уэллса Г. К. "Павлов и Фрейд", 1959.

нервной системы на внешние раздражения, а также изучение индивидуальных и других различий при предупреждении и лечении стресса. Современная практическая медицина стрессовых состояний должна объединить искусство врачевания и анализ опасностей, таящихся в развитии цивилизации.

Хотя Г. Селье, прямо и не говорил о реакции центральной нервной системы на стресс, но косвенно обратил внимание на то, как реагирует центральная нервная система, через ее эндокринный отдел, на влияние внешней среды в возникновении таких широко распространенных заболеваний, как неврозы.

В изложенных нами научных взглядах двух других выдающихся ученых XX века — И.П. Павлова и З. Фрейда, — отражены два, на первый взгляд, кажущихся противоположными научных мировоззрения и два совершенно разных способа научного исследования. Однако при объективной оценке учений этих двух титанов медицинской науки оказывается, что они имеют больше сходства, чем различий.

С нашим мнением на этот счет совпадает позиция известного физиолога Г.К. Уэллса, изложенная им в книге «Павлов и Фрейд» (1959). Сорок лет тому назад Г. Уэллс провел тщательный анализ учений И.П. Павлова и З. Фрейда о природе психического, описал условия их возникновения, их философские истоки, историю их развития и значение для мировой науки.

Учение И.П. Павлова Г.К. Уэллс рассматривал как целостную физиологическую концепцию о высшей нервной деятельности человека и сопоставлял его положения с концепцией З. Фрейда.

По мнению Г.К. Уэллса, И.П. Павлов, создав физиологию головного мозга, вывел естествознание из тупика, открыв природу психического. При исследовании психических явлений он исходил из понятия рефлекса как основной формы связи организма с окружающей средой. И.П. Павлов доказал, по мнению Г.К. Уэллса, что психическая деятельность есть вместе с тем и высшая нервная деятельность.

Открытие условного рефлекса И.П. Павловым было торжеством естественнонаучного метода исследования, новым высшим этапом его развития. Своими исследованиями И.П. Павлов установил неотделимость психических явлений от высшей нервной деятельности. Все психические явления — это рефлекторная деятельность головного мозга, это аналитико-синтетическое отражение воздействия внешнего мира на мозг, воздействия, возникающего в процессе познания, деятельности человека, его практики. Все наши мысли и представления непрерывно управляются действительностью, которая и является их единственным источником.

Учение И.П. Павлова о сигнальных системах, по мнению Г.К. Уэллса, заполнило пробел в наших знаниях о стадиях развития человека.

Оно показало, что все народы независимо от стадии развития обладают двумя сигнальными системами. На протяжении миллиона лет механизмы обеих сигнальных систем стали частью физиологической структуры человека и переходили из поколения в поколение.

Естественнонаучные физиологические исследования безусловно- и условно-рефлекторной деятельности сигнальных систем И.П. Павлова, на наш взгляд, полностью соответствуют психологическим концепциям З. Фрейда о бессознательном, его утверждению о том, что внешний мир обнаруживается человеком в символах наших органов чувств. «Психический аппарат создает себе внешний мир, — писал З. Фрейд, — для того, чтобы удовлетворить постоянное инстинктивное стремление к наслаждению». Реальный мир, по З. Фрейду, — это грезы инстинктов, то есть безусловных рефлексов. То есть «ОНО», господствующего над «Я» и «СВЕРХ Я» (совесть).

По И.П. Павлову, возникновение сновидений объясняется неполным торможением деятельности преимущественно первой сигнальной системы. Сновидения представляют собой хаотически возникающий рой бессвязных образов, следов прошлых восприятий. По З. Фрейду, сновидения являются символами инстинктивных сексуальных (запретных) влечений.

На примерах из повседневной жизни, таких как обмолвки, случайное забывание тех или иных слов, фамилий, намерений, нечаянных действий, З. Фрейд доказывает существование и господство над сознанием бессознательного. По И.П. Павлову, воспроизведение запаса памяти (воспоминания), течение речи, последовательное выполнение тех или иных действий зависят от степени подвижности основных

корковых центров. Волнение, смущение, внутреннее беспокойство под влиянием тех или иных забот, усталость, по И.П. Павлову, изменяют в той или иной степени деятельность коры головного мозга. И следовательно, нарушают избирательность (элективность) временных связей или их стереотип, что в свою очередь может привести к обмолвкам, случайному забыванию слов и фамилий и к нарушению выполнения последовательных действий. В частности, как считает И.П. Павлов, волнующие переживания, представления создают в коре головного мозга временный очаг инертного возбуждения, с образованием отрицательной индукции и подавлением деятельности конкурирующих очагов, что также ведет к нарушению подвижности основных нервных процессов и тем самым к задержкам в воспроизведении нужного материала памяти, обмолвкам и т.д. По мнению З. Фрейда, все это разыгрывается на бессознательном фоне.

При сопоставлении павловского и фрейдовского воззрений на неврозы можно уверенно констатировать, что их трактовки расходятся только в объяснении механизмов их возникновения.

Если И.П. Павлов объяснял неврозы с позиций физиологии высшей нервной деятельности, то З. Фрейд их трактовал с позиций психологии.

Установленные И.П. Павловым патогенетические механизмы неврозов открыли путь для их научнообоснованной терапии.

Найденные З. Фрейдом механизмы выявления ущемленных сексуальных комплексов (отреагирование) позволили автору самому создавать свой собственный метод лечения неврозов — психоанализ, который на протяжении последнего столетия не только сам получил всеобщее признание, но и на его основе уже создано множество эффективных неофрейдовских методов лечения пограничных заболеваний.

В созданном нами методе лечения неврозов — гипноанализа мы использовали и положения учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, и воззрения З. Фрейда о бессознательном.

Более подробно о созданном нами методе психотерапии речь пойдет ниже.

И, в заключение, говоря об общности многих воззрений И.П. Павлова и З. Фрейда, хотелось бы отметить совпадение положений о фрейдовских инстинктах и павловских безусловных рефлексах; фрейдовского бессознательного как источника психической энергии, с подкоркой как источником энергии в павловском понимании; сознания как регистратора у З. Фрейда, с корой как анализатором у И.П. Павлова; о сходстве фрейдовского вытеснения и павловского торможения, тем более что З. Фрейд не отрицал рефлекторной природы психики.

Анализ позитивных моментов в учениях этих замечательных исследователей, сближение их позиций позволяют расширить возможности воздействия врача на больного с лечебной целью.

Таким образом, эти три концепции замечательных ученых XX века позволяют нам глубже осознать и причины возникновения неврозов и их патогенетические механизмы для нахождения более эффективных методов психотерапевтического воздействия на больных.

В настоящее время бесспорным является тот фактом, что неврозы возникают под влиянием действия на организм человека тяжелых переживаний (психотравм и стрессов). Не случайно неврозы иногда называют психоневрозами, что подчеркивает причину их происхождения.

Чаще всего неврозы вызываются конфликтами в семье или на работе, потерей близких, любовными невзгодами, насилием, стихийным бедствием. Некоторые авторы допускают возможное развитие невроза под влиянием общеистощающих вредных факторов, таких, как длительное недосыпание, умственное и физическое перенапряжение. Бесспорно, эти факторы могут повлиять на самочувствие человека, однако мы полагаем, что такое ухудшение состояния носит временный характер и не достигает уровня болезни.

Известны случаи, когда под влиянием отрицательного словесного воздействия возникали тяжелые невротические заболевания. Патогенными могут оказаться однократно действующие сверхсильные и многократно действующие более слабые

раздражители. В первом случае говорят об острых, во втором — о хронических психических травмах или психотравмирующих ситуациях.

Интересно проследить в историческом аспекте этиопатогенез неврозов.

Современное учение о неврозах выросло из учения о неврастении и истерии. Очень многие понятия, относящиеся к истерии и сохранившие свое значение до настоящего времени, были введены Шарко. Он дал классическое описание клиники истерии, в частности фаз клоунизма, страстных поз, выгибания дугой. Яркие описания истерических состояний данные Шарко привлекли всеобщее внимание. Шарко учел, что такие больные очень подражательны и внушаемы, их воображение так живо, что они легко воспроизводят болезненные картины даже органических заболеваний. Ему принадлежит образное выражение: «истерия — великая подражательница, симулирующая другие заболевания». Для Шарко истерия была особой болезнью, своего рода психозом с определенными патофизиологическими изменениями в основе.

Неврастения — это понятие, данное американским врачом Ж. Бирдом (1880), который описал под этим именем комплекс болезненных явлений, связанных с повышенной возбудимостью, нервностью, утомляемостью, головными болями. Он считал, что неврастения развивается в результате утомления и недостаточного питания нервной системы и связана с американскими условиями жизни, с ее повышенными темпами.

Ж. Бирд думал главным образом об экзогенной обусловленности описанной им неврастении. Мебиус, вскоре выделивший особую клиническую картину под названием «нервность», выражающуюся в чрезмерной раздражительности и слабости нервной системы, подчеркивал роль конституционных моментов. Эта концепция была принята и другими исследователями. Одни из них думали об особой повышенной раздражительности мозга, другие — о соматической недостаточности, астеническом сложении. Таким образом, рядом с неврастенией, вызванной внешними причинами, выделялась эндогенная или конституциональная нервность, которая проявлялась в симптомах как соматического, так и психического порядка. По мнению Бирда и Мебиуса, в основе лежали соматические расстройства. Французские исследователи особое внимание обратили на психическую структуру картин нервности, в связи с чем П. Жанэ (1911) разработал концепцию психастении. Примыкая к конституциональной нервности, ввиду ее принадлежности к врожденным состояниям, ее в дальнейшем выделили в обособленную клиническую форму в виде своеобразной психической слабости, ослабления волевых побуждений, абулии, неуверенности и одновременно склонности к навязчивым явлениям и фобиям. П. Жанэ думал, что в основе таких явлений лежит особое состояние мозга, может быть, особый химизм. Следует подчеркнуть, что как у Бирда, так и у Мебиуса концепции неврозов были соматическими. В дальнейшем у многих исследователей, в особенности у З. Фрейда, а также К. Адлера, они стали чисто психологическими. При этом утратилось представление о клинических формах.

З. Фрейд (1911) считал, что все без исключения неврозы являются продуктом нарушения правильного развития полового влечения «либидо» с регрессом к одной из детских «инфантильных» фаз его развития. Он трактовал навязчивости как «символы сексуальных переживаний раннего детства, связанные с каким-нибудь сексуальным удовлетворением и, вместе с тем и чувством вины».

Р. Ясперс (1913); К. Шнайдер (1923); Е. Кречмер (1927); Е. Кан (1928); Н. Гофман (1928), оставаясь на фрейдовских позициях, трактовали невротические симптомы как защитный механизм против запретных моральных влечений. З. Фрейд (1929) навязчивые действия при неврозах объяснял психологическим значением прикосновения, которое означает собой начало всякого обладания, всякой попытки подчинить себе человека или предмет.

Последователи З. Фрейда, то есть «неофрейдисты» в лице Е. Фромма (1941); К. Хорни (1939); Х. Салливана (1953), отличались взглядами от своего учителя только по форме. Они считали, что причина конфликтов у человека не связана только с «эдиповым комплексом», являющимся альфой и омегой классического психоанализа, а прежде всего с социальными условиями, с взаимоотношениями организма с внешней средой, главным образом с обществом, в котором он живет и трудится.

Конфликт идеальных представлений о личности «Я» с реальной действительностью — вот основа психологии и психосоматики неофрейдизма. По мнению неофрейдистов, ортодоксальный фрейдизм оказался в тупике именно потому, что психоаналитическая теория З. Фрейда совершенно не придавала значения «культурным» факторам, признавая лишь аппетит инстинктов. Однако идеальная связь неофрейдизма с ортодоксальным классическим фрейдизмом самая прочная, исторически сложившаяся. Социальная среда для неофрейдистов, замечает Г.К. Уэллс (1959), является только «декорацией» для развертывающейся внутри психики драмы противоречивых эмоций. По теории Горнея, движущей силой поведенческих реакций человека и его психической деятельности и мышления являются бессознательные эмоциональные стремления и порождаемые ими потребности, желания и импульсы.

Родоначальниками наследственно-конституциональной теории неврозов с навязчивостями были Морель (1866); Крофт-Эбинг (1867); Крепелин (1910), которые относили навязчивости к разделу врожденных состояний, отмечая значение различных факторов. В последующем эту точку зрения разделяли и многие отечественные психиатры С.А. Суханов и П.Б. Ганнушкин (1909); И.Я. Сикорский (1910); В.Ф. Чиж (1911); П.О. Даршкевич (1917); Т.И. Юдин (1926); М.О. Гуревич и М.Я. Серейский (1949), которые или расценивали навязчивые состояния как признак наследственной дегенерации, или считали возможным развитие навязчивостей у лиц с шизоидной или циклоидной конституцией, у психопатов, у людей с психастеническими чертами характера и т.д.

С.А. Суханов (1912), а затем и Т.И. Юдин (1920) придавали огромное значение тревожно-мнительному характеру в генезе неврозов с навязчивостями, они считали, что этот характер составляет основу психастении, которая конституционально обусловлена. П.М. Зиновьев (1927) не считал психастенический характер конституционально обусловленным. Он относил последний к группе невротических характеров.

Некоторые авторы хотя и признавали наследственное отягощение в возникновении навязчивостей при неврозах, но считали, что навязчивости могут возникать у лиц и без наследственной отягощенности (А.Е. Pitres, Regis (1897), J. Lowhenfeld (1897); P. Janet (1903)). В противоположность им А. Borel и М. Сенах (1933) утверждали, что неврозы с навязчивостями могут возникать у лиц без патологической наследственности и психопатических черт характера.

Помимо выше описанных теорий, придававших значение генетической обусловленности неврозов с навязчивостями, ряд авторов стоял на точке зрения их органического происхождения: Th. Meynert (1888); Ch. Vallon и A. Marie (1899); Wexberg (1929); P. Schilder (1939); Д.С. Озерцовский (1950).

Интересна точка зрения О.Н. Бинсвангера (1906) и Н.М. Бруханского (1923), высказавшихся относительно соматической обусловленности неврозов, и Н. Hoffman (1928), который считал, что у невротиков с навязчивостями последние могут появляться под влиянием алкоголизма, у лиц с наследственной отягощенностью.

Первая попытка объяснить патогенетические механизмы неврозов с навязчивостями рефлекторной природой была сделана Н.М. Асатиани (1913), который рассматривал фобии как патологический условный рефлекс. По В.М. Бехтереву (1915) фобии представляют патологические сочетательно-двигательные рефлексы, в которых участвует вегетативная нервная система. А.В. Гервер (1924) рассматривал навязчивости при неврозах как проявление сочетательного рефлекса на центростремительное раздражение, поступающее в головной мозг с внутренних органов и конечностей.

Подлинно научное толкование патогенетической сущности неврозов с навязчивостями стало возможным благодаря гениальным трудам И.П. Павлова (1915) о высшей нервной деятельности. Без преувеличения можно сказать, что им и его школой была произведена настоящая революция в учении о неврозах. Работы И.П. Павлова в этой области составили эпоху. Большую роль сыграли экспериментальные данные, в частности полученная М.К. Петровой (1946) фобия глубины у собаки.

И.П. Павлов (1951), перенесший результаты своих исследований нервной деятельности животных на клинические исследования неврозов с навязчивостями человека, рассматривал фобии как следствие торможения при наличии слабости корковых клеток. Изучение условно-рефлекторной деятельности показало, что

торможение, вызывающее различной степени пассивно-оборонительную реакцию, лежит в основе боязливости и трусливости у лиц со слабой нервной системой.

Дальнейшими разработками патогенетических механизмов неврозов с навязчивостями занимались А.Г. Иванов-Смоленский (1923), Л.Б. Гаккель (1938), Е.А. Попов (1940), С.Д. Доценко (1954), М.И. Середина (1955), М.М. Трунова (1955), М.Б. Умаров (1956), Е.К. Яковлева (1958), А.М. Халецкий (1958), Н.М. Асатиани (1963) и др. На основании экспериментальных данных этих авторов был сделан важный вывод, что патогенетической основой неврозов с явлениями навязчивостей является патологическая инертность в коре и низлежащих отделах центральной нервной системы с образованием резко изолированных патологических пунктов в мозговой коре.

Определенное значение в понимании патофизиологических механизмов неврозов с навязчивостями имели исследования К.М. Быкова (1956; 1960) и его сотрудников. Они показали, что наряду с непрерывно идущей центростремительной сигнализацией со стороны экстерорецепторов к коре мозга направляется столь же мощная импульсация от интерорецепторов. Причем и эта сигнализация может сочетаться с безусловными раздражителями по механизму временной связи, образуя интероцептивные условные рефлексы.

Клиническим выражением идей К.М. Быкова являются, так называемые навязчивые ощущения, в образовании которых большую роль играет нарушение интероцептивных связей описываемые все чаще рядом авторов В.А. Гиляровский (1954); В.Т. Бахур (1961); С.Н. Давыденков (1963); А. Крейндлер (1963); Д.А. Каменецкий (1968).

Ряд авторов (Bremer (1936); Morruzzi (1954); Magoun (1960)) глубоко изучал строение и функции ретикулярной формации ствола мозга. Большой интерес представляет анализ явлений торможения, проведенный П.К. Анохиным (1957; 1958). Анализируя сущность лежащего в основе неврозов взаимодействия процессов возбуждения и торможения, П.К. Анохин говорит о борьбе двух противоположных реакций организма, например реакции ориентировочно-исследовательской и биологически отрицательной. Эти два возбуждения, если они взаимно задерживаются и взаимно стабилизируют друг друга, могут создавать длительное перенапряжение тормозного процесса, лежащего в основе невроза.

При таком сложном процессе, как указывает П.К. Анохин, может тормозиться лишь один двигательный компонент сложной реакции, в то время как вегетативный ее компонент будет сохраняться, что обусловит состояние стойкого, застойного возбуждения. Длительное возбуждение в коре приводит к застойному возбуждению в ретикулярной формации, таковы, по мнению П.К. Анохина, патогенетические механизмы навязчивых состояний в рамках невроза.

Мы разделяем точки зрения тех авторов, которые считают, что под неврозом следует понимать те заболевания, которые вызываются либо непосредственно психической травмой, либо другими причинами, например соматическими. В результате действия психической травмы организм реагирует, прежде всего, изменениями в центральной нервной системе. Но одновременно с центральной нервной системой на стресс реагирует и эндокринная система, о которой говорил Г. Селье.

В результате действия психической травмы на организм человека наступает разрегулированность основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, изменяются их качества: сила и подвижность, и возникают отрицательно-рефлекторные связи, которые проявляются в разнообразных симптомах, в том числе и навязчивых.

При снижении силы тормозного процесса он становится инертным, малоподвижным, что влияет на изменение эмоционального фона, снижение адаптационных способностей организма, замедление деятельности эндокринного аппарата, приводящее к появлению разнообразных соматических болезней. Наши представления об этиопатогенетических механизмах возникновения неврозов позволили создать собственную концепцию психотерапевтического воздействия врача на больного.

Глава 3. Вопросы общей психопатологии в клинике неврозов.

Нервно-психические заболевания отличаются многообразной симптоматикой. Для каждого отдельного случая болезни характерна своя, индивидуальная клиническая картина, составленная теми или иными символами, совокупность которых в определенных комбинациях позволяет клиницисту правильно диагностировать заболевание для более эффективного терапевтического воздействия на больного.

Некоторые симптомы были ранее описаны исследователями (Е. Эскироль (1858), Морель (1861), Фальре (1867), В. Маньян (1897), В. Гризингер (1868), Вернике (1893) и др.) и до настоящего времени сохранили свои названия. Они играют важную роль в характеристике клинической структуры болезненного процесса.

Симптоматика соответствующих заболеваний является пестрой и разнообразной и несмотря на значительные успехи в развитии нозологического направления психиатрии и психотерапии, требует дальнейшего изучения.

Глубокое изучение симптоматики при расстройствах нервно-психической сферы человека крайне необходимо каждому клиницисту, пожелавшему избрать своей профессией профессию врача психиатра или психотерапевта.

Вычленение отдельных признаков болезни, симптомов носит несколько искусственный, до некоторой степени условный характер, но крайне необходимо для понимания сущности целостного болезненного процесса.

В изложении вопросов общей психопатологии, по нашему мнению, наиболее целесообразно использовать принцип условных рефлексов, с точки зрения которых физиологи рассматривают всю практическую деятельность.

3.1. Восприятие.

Начнем с рассмотрения процесса восприятия внешнего мира и его расстройств.

Что такое восприятие?

Под восприятием следует понимать сложный психический процесс конкретного отражения в сознании человека предметов и явлений окружающего нас мира в совокупности их различных свойств и частей, данных нам в ощущениях.

Ощущения появляются в результате воздействия раздражителей внешнего мира на органы чувств (зрение, слух, вкус, обоняние, осязание). Впечатления, доставляемые органами чувств, как бы заряжают личность, включают те условно-рефлекторные акты, которые, вступая между собой во все более сложные связи, образуют основу того, что И.П. Павлов назвал высшей нервной или психической деятельностью.

В оценке значения внешних впечатлений для психики существовали идеалистические и материалистические концепции. Материалисты сыграли важную роль в утверждении значения воздействия внешнего мира на человека. Так, Д. Дидро, (1791) утверждал, что в интеллекте нет ничего того, чего не было бы в ощущениях. Он считал, что органы чувств являются свидетелями, а интеллект — судьей. Мы не можем с этим согласиться потому, что с нашей точки зрения психика — это нечто единое целое, и центры и периферия не могут быть независимыми друг от друга.

Согласно материалистическим воззрениям, материальный мир оказывает воздействие на наши органы чувств, вызывая у нас те или иные ощущения.

По утверждению философов материя есть объективная реальность, данная нам в ощущениях, а ощущение — источник нашего познания. Это положение имеет для нас исключительное значение. Если бы не было внешних впечатлений, доставляемых органами чувств, не было вообще психического функционирования, то не было бы основных предпосылок для развития психики. Подтверждением этому могут быть некоторые патологии.

Если ребенок рождается глухим, и без специального обучения речь его не разовьется, он сделается слабоумным. Если ребенок оглох в возрасте 2-3 лет, его развитие тормозится. Однако в этих случаях, до десятилетнего возраста, при помощи

особых методов обучения для глухонемых можно научить их говорить и понимать речь, и развитие пойдет правильно.

Органы чувств, таким образом, играют большую роль в развитии мышления именно как орудие познания внешнего мира и освоения окружающей среды. Но, конечно, восприятие не сводится только к работе того или другого органа чувств. Компонентой зрительного или слухового восприятия являются и чисто физиологические процессы, однако зрение ни в коем случае нельзя приравнять, например, к простому фотографированию. Процессы восприятия не следует рассматривать как механическое образование отпечатков. Общее положение, что человек сам подбирает для себя окружающую среду, в данном случае находит выражение в том, что из массы окружающих объектов человек выбирает для восприятия только ограниченное количество именно тех, которые соответствуют его целевым установкам. Это одна из форм проявления единства личности, интеграции всего поведения в соответствии с его целевой направленностью.

Таким образом, процесс восприятия является одновременно и центропетальным и центрифугальным, включает в себя не только идущие с периферии сигналы, но и импульсы, идущие из центра.

Физиологи (И.М. Сеченов, И.П. Павлов) давно обратили внимание на то, что в зрительном акте участвуют глазные мышцы. Процессы фиксации зрения на определенных предметах, адаптация к ним, включает в себя также моторные акты, свидетельствуя в то же время об активности, а не о пассивности имеющих место психических актов восприятия. Это обстоятельство потому имеет большое значение, что само восприятие является частью более сложных актов познания окружающего.

Ощущения являются основным, но не единственным источником познания. Большую роль в познании играет мышление. Оно оперирует с образами и представлениями, которые рассматриваются как воспроизведенные восприятия. Мышление — это активная психическая деятельность, направленная на переработку данного в ощущениях и представлениях материала, расчленение его, упорядочение, установление связей вновь воспринятого с прежним, сопоставление, сравнение, выделение главного и второстепенного, образование умозаключений и общих понятий. Высшая форма мышления — это мышление в понятиях, притом целенаправленное. Мышление, таким образом, не только интеллектуальная, но и волевая работа, при которой выделяется то, что является наиболее существенным с точки зрения достижения намеченной цели, и оттесняется все, что этому мешает.

Этот схематически очерченный путь процесса познания может нарушаться на каком-либо этапе. Для уяснения сущности происходящих явлений нужно помнить, что термин «восприятие» сохранился от прежней ассоциативной психологии и в настоящее время в него вкладывают совершенно другое содержание. С точки зрения ассоциативной психологии, восприятие какого-либо объекта — это сумма элементарных ощущений, соответствующих отдельным частям этого объекта. Полагалось, что в основе лежит анализ, разложение сложного процесса восприятия на более или менее значительное количество элементарных ощущений. Современные психологи считают такую интерпретацию неправильной по двум причинам: во-первых, изолированных ощущений не бывает, так как на органы чувств всегда воздействуют комплексы раздражителей, а во-вторых, восприятие не обязательно связано с анализом воспринимаемого объекта, с разложением его на отдельные составные части. Чтение, например, не требует предварительного разложения слова на буквы, так как читаются не отдельные буквы, а все слово, поэтому мы часто не замечаем опечаток. Для того чтобы узнать человека, нет необходимости тщательно рассматривать, а достаточно схватить наиболее характерные для него черты.

Что происходит в тех случаях, когда приходится знакомиться с каким-нибудь более сложным объектом, например рассматривать картину или быть свидетелем какой-нибудь сцены?

Конечно, при этом не происходит разложения на отдельные части, а объект воспринимается как нечто целое. Тем не менее известно, что свидетели одного и того же происшествия почти никогда не передают одинаково его детали, потому что восприняли они его по-разному, хотя у каждого получилось цельное впечатление. Это происходит потому, что у людей отношение к воспринимаемому материалу не пассивное, а активное и притом избирательное: для одного более существенными представляются одни элементы, для другого — другие. Эта избирательность для

каждой личности своя, и она прослеживается при каждом восприятии более сложного материала.

Чем объясняется такая избирательность, такая направленность внимания на определенные комплексы элементов? В первую очередь особенностями личности, ее предшествующим опытом и ее основными установками. Благодаря той или иной направленности внимание привлекают только некоторые окружающие явления, которые и делаются объектами восприятия.

При расстройствах восприятия им предшествуют элементарные нарушения из сферы ощущений в виде патологического их ослабления, усиления, извращения или полной утраты. Перечислим некоторые из них.

Гипостезия — это ослабление ощущений в сравнении с силой вызывающих их раздражений. Она может встречаться при разных заболеваниях, при которых отмечается снижение общего жизненного тонуса (черепно-мозговые травмы с оглушением сознания, снижение эмоционального уровня при разных депрессиях), у больных с шизофренией и другими органическими заболеваниями, приводящими к снижению интеллектуальной деятельности.

Гиперестезия — характеризуется тем, что всякое ощущение становится чрезмерным для больного. Все ранее переносимые раздражители внешнего мира становятся чрезмерными, невыносимыми. Обычный свет кажется для больного слишком ярким, звук — чрезмерно громким; прикосновение — болезненным настолько, что инъекции становятся непереносимыми, сопровождаются криком, плачем, даже отказом от процедур. Гиперестезия отмечается при любых заболеваниях, вызывающих глубокую астенизацию организма. Это и органические заболевания центральной нервной системы, и неврозы (неврастения).

Сенестопатии — это такого рода гиперестезии, для которых интероцептивные ощущения, в норме не достигающие сознания, становятся чрезмерно интенсивными для ослабленного мозга. Как правило, сенестопатии носят крайне неприятный и затяжной характер. Они могут встречаться и при неврозах, в виде навязчивых ощущений (об этом подробно мы расскажем ниже), и при психических заболеваниях, достигая яркости галлюцинаторных образований (висцеральные галлюцинации).

Парестезии — это такие элементарные кожные ощущения, которые могут возникнуть без всякого внешнего раздражения. В таких случаях больные начинают жаловаться на ощущение онемения на разных, строго ограниченных участках кожных покровов. Так, при шизофрении парестезии чаще всего локализуются в области мошонки и на коже головы. Иногда онемение может распространяться на обширные участки тела (при невритах, расстройствах кровообращения местного характера — тромбофлебиты конечностей).

Анестезии — это состояние полного отсутствия каких бы то ни было ощущений, то есть человек перестает чувствовать как болевые, так и температурные раздражители. Анестезия может быть как положительным, так и отрицательным явлением. В качестве положительного явления она вызывается искусственно при необходимости оперативного вмешательства врача во время хирургического лечения по жизненным показаниям. Такого рода анестезию называют местной или общей.

Невропатологи подразделяют анестезии на проводниковые, сегментарные и периферические в зависимости от локализации болезненного процесса. Они связывают анестезию с поражением проводящих путей, периферических нервов либо с локальными повреждениями в сером веществе центральной нервной системы.

Анестезии выявляются при различных нервно-психических заболеваниях. Часто анестезии встречаются у больных, страдающих истерическим неврозом, в виде стигм.

Известны случаи обширных анестезий у олигофренов-идиотов, которые упорно наносят себе разнообразные повреждения, расцарапывают кожу лица, рук и других частей тела. Довольно глубокое, но обратимое снижение болевой чувствительности наблюдается также у депрессивных больных и больных шизофренией.

Синестезии — довольно редкая форма нарушения ощущений, связанная с феноменом так называемого цветного слуха, когда «слуховые ощущения определенного тона связываются с чувственно окрашенными представлениями об определенном цвете» или же царапаньем железным ножом по стеклу, и могут вызвать серьезные висцеральные ощущения в виде спазмов. Эти явления хотя и не имеют сугубо практического значения, но помогают понять происхождение одного из

видов галлюцинаций, описанных Кальбаумом под названием рефлексорных галлюцинаций.

3.2. Иллюзии.

Иллюзиями принято называть искаженные восприятия реально существующих предметов или явлений окружающего нас мира. Иногда лежащее на кровати скомканное одеяло воспринимается как лежащий в постели человек; висящее на стене полотенце — как ружье и т.д. Иллюзии делят на физические, физиологические и патологические. К физическим иллюзиям относят так называемые «здоровые иллюзии». Число их типов соответствует количеству органов чувств: зрительные, слуховые, обонятельные, вкусовые, тактильные. Возникают они обычно при различных колебаниях эмоционального тонуса. Легко могут возникать у тугоухих людей.

Отмечаются случаи, когда у одаренных людей из числа художников наблюдаются врожденные способности к фантастическому иллюзорному восприятию. В пятнах плесени или щербинах каменных стен, рисунках обоев, плывущих облаках и в солнечных бликах, в древесных сучьях и корнях деревьев они различают причудливые образы в виде пейзажей, очертания зверей, замков, фигур. Такой вид искажения называется парейдолией.

Патологические иллюзии — это те же иллюзии, которые наблюдаются у психически нездоровых людей. К таким относятся больные, страдающие различного рода депрессиями, эндогенно обусловленными. Особый интерес представляют иллюзии, возникающие при развитии делириозного расстройства сознания на его раннем этапе. При онейроиде появляются патологические парейдолии, которые не были присущи больному до возникновения этого заболевания. Часто наблюдаются слуховые иллюзии у больных с бредом преследования или ревности. Так, часто больной, страдающий хроническим алкоголизмом, подслушивает беседу жены с посторонними лицами, боясь подтверждения измены и начинает слышать это в неясном говоре собеседников. У больных с маниакально-депрессивным психозом (МДП) в маниакальной фазе нередко встречаются зрительные иллюзии в виде ложных узнаваний.

3.3. Галлюцинации.

Morel (1866) определял галлюцинации как восприятия без объекта. Истинные галлюцинации бывают только у психически больных. Е.С. Иванов (1965)² при изучении галлюцинаций выделил три основных направления в их классификации: психологические, психоморфологические, физиологические.

Психологическое направление в изучении галлюцинаций относится к первой половине XIX века и описано в работах известных психиатров того времени (Мюллер (1826); Эскироль (1838)). Галлюцинаторные переживания этими исследователями рассматривались исключительно в рамках психологических категорий восприятия и мышления.

Приверженцы другого направления, **психоморфологического**, рассматривали галлюцинации как симптом локального поражения нервной системы — головного мозга и проводящих путей, а позже — как следствие корковых или подкорковых поражений.

Третьим направлением учения о галлюцинациях явилось **клинико-физиологическое**, родоначальниками которого были И.М. Сеченов, В.Х. Кандинский, И.П. Павлов и др. Самое традиционное разделение галлюцинаций — по органам чувств или анализаторам (зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные, вкусовые, вестибулярные, моторные, соматические). Галлюцинации могут охватывать несколько анализаторов (зрительные и слуховые одновременно). Например, при

² Цитировано из монографии Архангельского А. Е. Общая психопатология. — С-Пб.: Образование, 1994.

алкогольном делирии больные могут видеть чертенка, слышать его голос и чувствовать, как он ногтями царапает тело.

По своей структуре галлюцинации могут быть элементарные и сложные. К первым относятся акоазмы (шум, стук, шипенье) и фотопсии (искры, вспышки света, цветные полосы). Сложные зрительные галлюцинации могут носить сценический характер и напоминают панорамы. Слуховые галлюцинации, имеющие словесный характер, называются вербальными.

Различают также истинные и ложные галлюцинации. Истинные галлюцинации неотличимы в сознании больного от реальных восприятий и локализуются им в «объективном пространстве» вне пределов собственного тела. Больной видит покойников, стоящих у его кровати, слышит голоса извне. При псевдогаллюцинациях объект мнимого восприятия находится в пределах тела больного, чаще внутри головы, в горле, в животе, зрительные образы воспринимаются «внутренним оком», мыслью. Псевдогаллюцинации были описаны известным русским психиатром В.Х. Кандинским в монографии «О псевдогаллюцинациях» (1951).

Некоторые галлюцинации названы по условиям, в которых они проявляются. Галлюцинации, возникающие в период засыпания, называются гипноагическими, а проявляющиеся перед пробуждением — гипнопомпическими.

В 1866 г. Кальбаум описал галлюцинации, которые возникают при раздражении какого-либо анализатора в другом органе чувств. Он их назвал «рефлекторными». Когда больной слышит голоса в момент, когда шумит вентилятор, мы говорим о функциональных галлюцинациях. М.Т. Кузнецов в 1968 г. подчеркнул принадлежность как функциональных, так и рефлекторных галлюцинаций к токсико-инфекционным и соматогенным психозам.

Е. Блейлер в 1903 г. ввел термин «экстракампинные галлюцинации». Это галлюцинации, возникающие вне поля зрения больного «за его спиной». Больные видят свои внутренние органы — желудок, кишечник, мозг, легкие, а также змей, чертей и т.п.

Вербальные галлюцинации подразделяются на комментирующие и императивные. Комментирующие галлюцинации — это такие галлюцинации, при которых мнимый голос вслух обсуждает каждый жест, взгляд, поступок больного, часто он носит осуждающий, иронический характер, больной вступает с ним в спор. Иногда это не один, а два голоса, ведущих диалог, в котором один защищает, а другой обвиняет больного.

При вербально-императивных галлюцинациях больные слышат голоса, которые приказывают выполнить то или иное действие, при этом больные выполняют его беспрекословно. И зачастую «ОНИ» приводят к совершению убийств, самоубийств, поджогом и т.д.

Сегла (1888) описал речедвигательные галлюцинации, которые вошли в структуру синдрома психического автоматизма Кандинского—Клерамбо. Необходимо отметить, что зрительные галлюцинации сопутствуют относительно благоприятным и кратковременным формам психозов, тогда как слуховые имеют менее благоприятный прогноз и склонны к более длительному хроническому течению.

К редким галлюцинациям относят галлюцинации, описанные Шарлем Бонне у психически здоровых людей при заболеваниях органов зрения и слуха. Больные относятся к ним критически.

Галлюцинозы включают в себя синдромы:

Зрительного галлюциноза — когда в клинической картине преобладают зрительные галлюцинации, а другие психические нарушения — бред, эмоциональная напряженность, возбуждение — отсутствуют либо выражены слабо. Галлюцинации вызывают у больного не чувство страха, а любопытство. Больной наблюдает за галлюцинациями. Бредовые расстройства редки. Исход благоприятен.

Вербальный галлюциноз — кардинальным симптомом этого синдрома являются слуховые галлюцинации. Больные слышат обычно несколько голосов, то мужских, то женских, то детских, которые постоянно разговаривают между собой, часто одни голоса хвалят больного, другие ругают, обвиняют, советуют. Фон настроения у этой группы больных подавленный, отмечается выраженная напряженность. Иногда

появляются тревога, страх. При этом галлюцинации теряют свою нейтральность, приобретая императивные интонации, формируют суицидальные стремления.

В.М. Бехтерев в 1906г. описал у больных отогенным психозом «бред тугоухих». На фоне вербальных галлюцинаций развивается бред. «Этот бред, большей частью основанный почти исключительно на обманах чувств, по крайней мере вначале, представляется несложным, однообразным и часто состоит в принятии реального существования галлюцинаторных образов. Он не обнаруживает обыкновенно никакой склонности к прогрессированию и нередко даже в течение долгого времени представляется не прочно фиксированным, вследствие чего больные легко от него отказываются». Больные без критики относятся к галлюцинациям, при этом иногда даже стремятся «советоваться с голосами» по бытовым вопросам. При длительном вербальном галлюцинозе больные становятся пассивными, неряшливыми, большую часть времени проводят в постели, напряженно прислушиваются к «голосам». Иногда отмечается тенденция больных к диссимуляции, проявляющейся в нелепых поступках (неожиданное увольнение с работы без достаточных на то оснований, уход из семьи; переезд в другой город на постоянное место жительства и т.д.).

Синдром вербального галлюциноза характеризуется преимущественно хроническим течением и высокой резистентностью к терапии. Часто этот синдром развивается на фоне сифилиса мозга, при алкоголизме, при сенильных и сосудистых психозах. На фоне вербального галлюциноза быстро формируется бред преследования.

Синдром тактильного галлюциноза встречается редко. Больные испытывают множественные тактильные галлюцинозы в виде ползания насекомых, мух, блох, муравьев, их укусов, зуда и т.д. Часто больные занимаются самолечением (кипятят белье, завешивают комнату липучками, без конца моются, натирают тело керосином, ДДТ и т.д.), увольняются с работы, чтобы не заразить окружающих. Синдром встречается при органических заболеваниях мозга сосудистого происхождения, при опухолях гипофиза, хорее Гантингтона, при МДП и шизофрении.

Синдром психического автоматизма (Кандинского—Клерамбо) складывается из трех основных групп симптомов: псевдогаллюцинаций различных видов, психического автоматизма, то есть отчуждения больным от своей личности и воли и, наконец, бредовых расстройств, имеющих вторичный характер. Встречаются чаще всего при параноидной форме шизофрении, хронических алкогольных психозах, сифилисе мозга и др. Голоса, звучащие в голове, носят императивный или комментирующий характер. В редких случаях псевдогаллюцинации бывают зрительными, обонятельными, вкусовыми. Больные часто заявляют, что кто-то управляет их мыслями, ускоряет их, доводя до стремительного наплыва (мантизм) их. Отмечается иногда остановка мыслей, «они куда-то исчезают» (шперунг). Больные иногда заявляют, что кто-то отнял у них волевые побуждения, «сделал их «тряпкой». Часто больные отмечают, что им удается легко читать мысли окружающих людей, что их мысли становятся известны другим людям. Иногда больные утверждают, что кто-то «подсовывает» им в голову, навязывает чужие мысли (аутохтонные идеи), которые чаще всего кажутся больным неприятными. Известны случаи, когда всякая возникающая в сознании больного мысль продолжает долго звучать в его голове (эхо-мысли).

Порой даже желания больных как бы отчуждаются от них. Кто-то извне способствует наращиванию полового чувства, кто-то жажды, кто-то голода, «делает» им настроение, вызывает смех или плач. В последнем случае сенсорные автоматизмы сочетаются у больных с двигательными или кинетическими. Непроизвольно могут возникать движения губ, языка, описанные под названием «речедвигательные галлюцинации», во время которых больной помимо своего желания произносит ругательства, становится агрессивным по отношению к людям, которые вызывают у него чувство симпатии. У А.В. Снежневского (1983) описан случай, когда больная, выбросившаяся из окна и чудом выжившая, объясняла лечащему врачу, что она это сделала не по своей а по чьей-то воле, что ее кто-то принудил к этому: двигали ее ногами, открывали окно ее руками, и т.д. Наряду с галлюцинаторно-бредовыми переживаниями у этой группы больных отмечались выраженные эмоциональные расстройства (страх, тревога), которые способствовали систематизации бредаобразования. Отмечалось сочетание бреда преследования с бредом воздействия. Более архаичной формой является бред одержимости: больные утверждают, что в них вселился дьявол, что он говорит их языком, управляет ими. У

больных, страдающих шизофренией, в структуре синдрома психического автоматизма можно выделить извращение волевых свойств. Сюда относятся негативизм с парадоксальностью суждений, атактическими замыканиями, соскальзываниями, паралогическим мышлением.

В итоге, можно с уверенностью сказать, что галлюцинации, в общем, играют большую роль в патологии психических заболеваний, они являются, по выражению В.А. Гиляровского, «результатом звучания всей психики в целом со всеми ее особенностями». Интересно, что больные, страдающие какими-нибудь телесными недостатками, во время галлюцинирования видят фигуры, похожие на них самих, например горбатый делирик видит тоже горбатых и т.д.

3.4. Расстройства внимания и памяти.

Восприятие внешних впечатлений является первым звеном в цепи процессов, относящихся к познанию окружающего. Познавательная активность невозможна без высокой психической активности, проявляющейся прежде всего в живом внимании, способности сосредоточивать его в течение длительного времени на определенном круге явлений. Целеустремленность активной личности приводит к тому, что необходимое звучание получают только те новые впечатления, которые соответствуют ее установкам. Живое активное внимание играет доминирующую роль в психической жизни человека. Значение имеет не только способность замечать какие-либо новые явления или впечатления, но в особенности то, что каждое новое впечатление включает ряд сложных психических актов, является толчком для плодотворной творческой работы. Живое внимание связано с обращением в определенном направлении взора, слуха, с повышением тонуса рецепторного аппарата. Когда человек попадает в новую обстановку и получает ряд новых впечатлений, начинает действовать ориентировочный рефлекс, или, как называл его И.П. Павлов, «рефлекс что такое?», который определяет особо значимые параметры, на которых затем сосредоточивается все внимание.

Расстройства внимания в патологии играют очень большую роль. Учитывая, что условно мы делим внимание на активное и пассивное, в первую очередь страдает активное внимание. Больные не могут длительное время концентрировать свое внимание на одном объекте, они рассеяны, не могут долго сосредоточиваться, в связи с чем с трудом могут что-нибудь усвоить или выполнить какую-либо умственную работу. Такие нарушения внимания могут отмечаться и у психически больных и у невротиков. Особой патологической формой расстроенного внимания является **отвлекаемость**, наблюдаемая у больных МДП в маниакальной стадии. При этом внимание остается интенсивным и даже усиленным. Больные очень наблюдательны и быстро замечают все, даже мельчайшие перемены в окружающем, но внимание их настолько неустойчивое, что оно не может удерживаться на объекте длительное время и тотчас отвлекается в сторону новых впечатлений. Пассивное внимание расстраивается не всегда параллельно активному. Так, у больных шизофренией, при кажущейся их рассеянности и отсутствии внимания к окружающему, оказывается потом, что все происходящее не прошло мимо их внимания. Напротив, они могли рассказать о подмеченных ими мало заметных явлениях.

Психике свойственно не только воспринимать окружающий мир, но и воспроизводить прежние впечатления и представления. Это свойство психики мы называем **памятью**.

3.5. Память.

Память это связь времен: прошлого, настоящего и будущего — как в жизни отдельного человека, так и для человечества в целом.

Под памятью надо понимать способность психики запоминать (фиксация), сохранять (ретенция), воспроизводить (репродукция) и узнавать все виды восприятия. Обязательным компонентом памяти является процесс забывания.

И.П. Павлов определял память как цепь постоянно формируемых условно-рефлекторных образований, в которых отражен опыт окружающего мира, которые могут при определенных условиях угасать и быстро восстанавливаться.

Под механической памятью следует понимать способность психики запоминать тот или иной материал независимо от его содержания, в силу чисто физических свойств соответствующих отделов нервной системы. Механическая память может быть очень высока и очень низка.

Для лучшего запоминания требуется не только одно механическое повторение. Гораздо важнее установить связь новых факторов и старых, привести все в единую систему, создать для работы мозга прежде всего общий покой. Все новые впечатления способствуют вытеснению старых. Память, как бы она ни была прочна, с течением времени все больше тускнеет. В этом процессе забывания имеется известная закономерность, согласно которой скорее забывается недавнее, а затем давно прошедшее.

Процесс забывания идет не механистически, а до известной степени избирательно. Большей частью забывается то, что хочется забыть, но иногда прочнее держатся в памяти те факты, которые связаны с тяжелыми и неприятными воспоминаниями. Естественно, что при таких условиях и в норме память нельзя считать ни совершенной, ни точной. Каждый человек в норме может легко забыть новые впечатления, также возможны и ошибки памяти, граничащие с болезнью.

Восприятие впечатления, уже знакомого из прошлого опыта, сопровождается субъективным убеждением в том, что это впечатление не ново. При этом говорят о чувстве известности (*Bekanntheitsgefühl*). Описаны случаи, когда человек, сталкиваясь с чем-нибудь новым, чувствует, что он это уже видел (*deja vu*), хотя в действительности этого не было. Бывает наоборот, когда человек, попадая в какую-нибудь ситуацию, известную ему ранее, может не узнавать знакомой обстановки (*jamais vu*).

При МДП, особенно в маниакальной фазе, часто отмечается повышение объема памяти, особенно в части воспроизведения. Больные начинают вспоминать забытые длинные монологи, которые учили в молодости; вспоминают забытый иностранный язык (гипермнезия).

К таким явлениям относится припоминание во время болезни каких-нибудь событий раннего детства. Гипермнезия нередко имеет место во время сна, когда в сновидениях фигурируют события раннего детства и вообще события, бывшие так давно, что в состоянии бодрствования они кажутся совершенно забытыми. Еще чаще это бывает во время гипнотического сна. Гипермнезия вызывается с нашей точки зрения в гипнокатарсисе врачом для отыскания в глубинах сознания (памяти) «ущемленных» комплексов. На феномене гипермнезии зиждется и предложенный З. Фрейдом метод психотерапии под названием «психоанализ».

Гораздо чаще в практической деятельности врача наблюдаются случаи понижения памяти, и, прежде всего, отмечается расстройство функции запоминания от простой забывчивости до почти мгновенного исчезновения всех новых впечатлений. Сильнее всего способность запоминания текущих событий расстраивается при старческом слабоумии, в далеко зашедших случаях прогрессивного паралича (паралитическое слабоумие) и особенно при «корсаковском психозе».

В этих случаях больные часто не в состоянии запомнить имена окружающих, не могут запомнить новых впечатлений, не могут запомнить, где находятся, кто их окружает, какой сегодня день, число, что было накануне и даже в этот день. Больные не помнят, с кем беседовали, обедали ли они или еще нет, не могут, несмотря на многократное повторение, запомнить имена окружающих, не могут запомнить несколько цифр (телефон) или слов, не могут запомнить свой адрес. Выпадение из памяти более или менее значительного количества воспоминаний носит название амнезии.

Амнезия может быть общей или частичной. Возможны случаи амнезии, распространяющиеся на всю прошлую жизнь или, по крайней мере, на значительные ее периоды. Расстройство способности воспроизведения, возникшее в результате болезни, обыкновенно относится только к периоду, начавшемуся вместе с ней, — антероградная амнезия, то есть амнезия, распространяющаяся на события, которым предшествует болезнь. Но возможны случаи, когда она распространяется и на

события известного периода, предшествовавшего началу болезни, которые были ранее хорошо усвоены и воспроизведение которых до болезни не представляло никакого затруднения. Это явление, имеющее большое клиническое значение, носит название ретроградной амнезии. Оно может продолжаться от нескольких часов до многих лет. Этот вид амнезии чаще всего встречается при органических заболеваниях центральной нервной системы, особенно при энцефалитах, менингитах. Очень часты такие расстройства при травмах черепа, сопровождающихся потерей сознания. А также отмечались тяжелые ретроградные амнезии при повешениях, отравлениях угарным газом, свинцом и другими ядами.

Ретроградная амнезия наблюдается также при корсаковском психозе и при тяжелых психотравмах.

Кроме количественных изменений в памяти могут быть расстройства качественного характера — в виде ошибок, обманов памяти. В некоторых случаях отмечаются ложные воспоминания или псевдореминисценции. Больной сообщает с полной убежденностью о событиях, в действительности не имевших места, например о поездке куда-нибудь, которой никогда не было, о разговоре, не происходившем на самом деле, о нанесенных больному оскорблениях. Это обычно касается событий недавнего времени.

В тех случаях, когда больные пытаются заполнить образовавшиеся провалы памяти вымыслами, мы говорим о наличии у больных конфабуляций. От ложных воспоминаний они отличаются тем, что в основе их лежит до известной степени активный, творческий процесс.

Ложные воспоминания — это воспроизведение переживаний, когда-то имевших место. В конфабуляциях, в зависимости от состояния интеллекта, например наличия слабоумия, могут быть элементы, не совместимые с действительностью, иногда прямо фантастические. Структура конфабуляций не всегда одинакова.

3.6. Мышление.

Это сложный психический процесс активного восприятия окружающего мира, который удерживает все запечатленное и устанавливает внутренние связи между предметами и явлениями. Средством, выражающим процессы мышления, является речь. Зачатки мышления имеются у животных, но только на уровне восприятия. Человеческое мышление оперирует представлениями и понятиями.

Скорость речи и смены представлений в норме может существенно различаться. Большую роль играют индивидуальность и темперамент человека. У живых, активных людей представления текут быстрее, чем у апатичных. Течение представлений в болезненном состоянии может быть не только ускорено, но и более продуктивно. Очень большое ускорение представлений носит название скачки мыслей или идей (*fuga idearum*). Иногда ускорение бывает так велико, что больной не в состоянии выразить вербально находящиеся в сознании представления и произносит только обрывки фраз или отдельные слова. Такого рода мышление, при котором отмечается скачущая речь, носит скорее поверхностный характер. Она сопровождается большой отвлекаемостью внимания, при этом больные часто в своей речи применяют пословицы, поговорки и другие обиходные обороты речи. Мышление у них останется интенсивным, разнообразным по содержанию и форме их речевой продукции.

Значительно чаще наблюдается замедление течением представлений. Как правило, встречается сравнительно не резкое, которому соответствуют медленная речь, бедность мимики и движений. Так бывает у людей с выраженной тоскливостью. При атеросклерозе, старческом слабоумии замедление течения представлений становится более выраженным, хотя не доходит до крайней степени.

Изменение течения представлений характерно при поражении лобных долей мозга. Помимо такого замедления (застывания) целенаправленное течение мыслей может и замедляться под влиянием внешних впечатлений; зависит от того, что больной видит непосредственно перед собой (от внешнего поля). У больных шизофренией могут быть внезапные остановки течения представлений, причем больной замолкает и может начать говорить снова только спустя некоторое время.

В некоторых случаях течение представлений характеризуется не столько замедлением, сколько особой тягучестью, вязкостью. Мысли с трудом сменяют друг друга, отмечена склонность к застреванию на одной теме, причем особенно затруднителен переход от одного круга представлений к другому. Такого рода изменение течения представлений свойственно больным эпилепсией.

3.7. Навязчивые состояния.

От первого описания «навязчивого симптома» до современного учения о навязчивых состояниях прошло более 350 лет. У Ю.В. Каннабиха (1928) имеются указания на то, что в 1617 г. шведский ученый Platter впервые описал в своем труде «Observation» этот симптом как «явление душевной жизни, от которого человек стремится освободиться и не может». В 1783 г. Мориц (цит. по Д.С. Озорецковскому, 1950) привел самонаблюдение одного учителя, который в течение целого года страдал навязчивым страхом апоплексии. В дальнейшем описание навязчивостей у больных встречается у Pinel (1809), и у Esquirol (1858), называвшими их «*manie sans delire*» и мономаниями (*monomanie*) соответственно.

Психиатры разных стран давали самые разнообразные наименования навязчивостям. Так, в России термин навязчивых идей был предложен И.М. Балинским (цит. по В.А. Гиляровскому, 1954) еще в XIX веке и с тех пор укрепился в русской психиатрической литературе.

В Австрии R. Kraft-Ebing (1897) описал навязчивые представления (*Zwangsvorstellungen*), а Германии W. Griesinger (1886) и Berger (1878) — навязчивые мудрствования (*Grubelsucht*). Француз Legrand du Saulle (1875) описал болезненные сомнения со страхом прикосновения к предметам (*folie du doute avec delire du toucher*).

В дальнейших описаниях многочисленных разновидностей навязчивых состояний использовались различные термины: *idees fixes* (неподвижные, закрепившиеся идеи), *obsessions* (одержимости), *impulsions conscientes* (сознаваемые влияния), *idees imperatives* (повелительные идеи) и многие другие. Однако сущность навязчивых состояний оставалась неясной. В. Morel (1860) попытался более четко очертить рассматриваемые явления. Он описал навязчивые состояния под названием *delire emotif* и дал им определение, хотя и не совсем верное с нашей точки зрения, поскольку считал их проявлением надуманных эмоций.

Первое полное определение навязчивым представлениям было дано Westphal (1877), по его мнению, «под именем навязчивых следует подразумевать такие представления, которые появляются в содержании сознания страдающего ими человека против и вопреки его желаниям, при незатронутости в других отношениях интеллекта и не будучи обусловленными особым эмоциональным или аффективным состоянием; их не удается устранить, они препятствуют нормальному течению представлений и нарушают его; больной с постоянством признает их за нездоровые, чуждые ему мысли и сопротивляется им в своем здоровом сознании; содержание этих представлений может быть очень сложным, часто, даже большей частью, оно бессмысленно, не находится ни в каком очевидном соотношении с прежними содержаниями сознания, но самому больному оно кажется непонятным, как бы прилетевшим к нему из воздуха».

Это было первое всеобъемлющее определение навязчивых представлений, данное крупным авторитетом в области психиатрии конца XIX века. Однако непонятно, почему в определении речь идет только о навязчивых представлениях, а не о навязчивых состояниях в целом (в то время были известны многие другие навязчивости). Также вызывает недоумение акцент автора на том, что навязчивости, «возникают в сознании против и вопреки его желаниям». Трудно представить себе человека, который хотел бы добровольно иметь какую-либо навязчивость или другой болезненный симптом. Далее можно согласиться с мнением автора о том, что навязчивости не оказывают влияния на интеллектуальную сферу человека. Однако тут же возникает возражение против того, что навязчивости «не обусловлены особым эмоциональным и аффективным состоянием». Сегодня это утверждение звучит по крайней мере наивно. С нашей точки зрения именно эмоциональная сфера в большей степени затрагивается состояниями навязчивости любого содержания. Даже в тот период времени, когда навязчивости не проявляют себя (вне ситуации), фон

настроения остается сниженным, отмечаются выраженные колебания настроения и другие болезненные расстройства.

Далее, мы считаем устаревшим его утверждение, что навязчивости не удастся устранить. Сегодня, в век психофармакологии, углубленного психотерапевтического вмешательства устранение навязчивостей стало явью.

В последующие годы многие ведущие психиатры Запада (Р. Janet (1903); Е. Kraepelin (1910); К. Jaspers (1913); Schneider (1923); и др.) продолжали, каждый по-своему, определять явления навязчивости без учета их качественных особенностей.

Более четко охарактеризованы навязчивости в работах наших отечественных психиатров.

Так, С.С. Корсаков (1900) считал, что навязчивости проявляются не только «навязывающими» сознанию мыслями, но и состояниями аффективности и побуждения.

П.Б. Ганнушкин и С.А. Суханов (1902) при описании характера психастеника отмечали, что именно эти особенности и являются благодатной почвой для возникновения навязчивых состояний.

М.О. Гуревич (1949) определяет навязчивые идеи как «мысли, появляющиеся в сознании больного вопреки его желанию; появлению их способствует состояние астении». Характерной чертой навязчивых мыслей, по мнению М.О. Гуревича, являются «их явная ненужность и даже полная нелепость».

В.А. Гиляровский (1954) навязчивые идеи трактовал как «вторгающиеся насильно в сознание мысли, которые, не будучи значительными по своему содержанию, всецело овладевают больным, настойчиво возвращаются, несмотря на все усилия освободиться от них, при ясном сознании их ненужности и бессмысленности».

И.Ф. Случевский (1958) определяет навязчивые идеи как «мысли, которые чаще являются нелепыми по своему содержанию, но к нелепости больной всегда относится критически... В сознании человека навязчивые идея находятся с непреодолимым постоянством, и сам факт этого непреодолимого постоянства переживается больным крайне болезненно».

С.Н. Давыденков (1963) подчеркивает, что больной, по крайней мере вне момента наплыва навязчивых состояний, прекрасно отдает себе отчет в их бессмысленности и нелепости, но в то же время переживает их снова и снова и притом в совершенно стереотипной форме, не будучи в состоянии избавиться от них усилием воли».

В приведенных выше мнениях наших отечественных психиатров о навязчивостях достаточно достоверно и объективно передаются особенности этих болезненных состояний. Нам остается одобрить все вышеприведенные характеристики навязчивых состояний, приведя их в соответствующие современным представлениям о навязчивостях.

Наши многолетние наблюдения за больными с навязчивыми расстройствами позволяют дать более широкую общую клиническую характеристику названных расстройств. Мы не претендуем на окончательное определение навязчивостей, так как считаем, что такая задача чрезвычайно трудная и, скорее всего, невозможная, а намерены дать им конкретную характеристику.

По нашему мнению, навязчивые состояния — это прежде всего группа болезненных нарушений, которые относятся к разным сферам пониженной деятельности и чаще всего наблюдаются у больных как с функциональными, так и с органическим расстройствами, в том числе и с психическими заболеваниями; в редких случаях они отмечаются и у здоровых людей.

В патологии навязчивые состояния проявляются в виде страхов (фобий), мыслей (обсессий) и действий (ритуалов). Количество их чрезвычайно велико (около 2000) и имеет тенденцию к расширению.

Течение навязчивостей носит в основном приступообразный характер; их возникновение связано чаще с определенной ситуацией. В клинической картине любого заболевания с навязчивостями, даже тогда, когда они не проявляются, сохраняются болезненные состояния того или иного конкретного заболевания. Дифференциально-диагностические особенности навязчивых состояний помогают нам отграничивать одно заболевание от другого.

Мы считаем, что навязчивые состояния поддаются излечению. Освобождение от них является не легким делом, но благоприятным.

Нам удалось найти эффективные психотерапевтические подходы к больным с состоянием навязчивости. Правда, лечебный процесс всегда требовал индивидуального подхода, в каждом конкретном случае, с учетом особенностей личности, длительности заболевания. При затяжном течении заболевания требовалось проведение большего количества сеансов гипно-суггестивной терапии, а следовательно, удлинение сроков лечения.

Приведенные выше определения навязчивостей характеризуют их больше с точки зрения феноменологии. Тем не менее они свидетельствуют о разных взглядах авторов на существо навязчивых состояний. При этом разные авторы делают акцент на разных сторонах психической деятельности в генезе явлений навязчивости.

Так, одни авторы (Grizinger (1868); Westphal (1877); Thomson (1895); Hoche (1901); Витке (1906); и др.) ведущую роль в возникновении навязчивостей отводили интеллектуальным расстройствам. Другие (Morel (1866); Donath (1896); Ch. Valler et Marie (1897); E. Piters et Regis (1899); Н.И. Скляр (1908); И.П. Борисов (1916); В.П. Осипов (1919); S.W. Jahrreis (1928); D. Sterrins (1866); и др.) стояли на точке зрения эмоциональной обусловленности навязчивых состояний. Morel (1866) отнес навязчивости к особому «эмотивному бреду».

Допускалось возникновение навязчивых идей не только на интеллектуальной, но и на эмоциональной основе. Jastrowits (1881); А.В. Тервер (1924); Arnand (1901) и И.Л. Сикорский (1910) причину появления навязчивых состояний объясняли ослаблением воли. Л.О. Даркшевич (1917) помимо ослабления воли при навязчивых состояниях указывал и на расстройство координации мышления. J. Lovenfeld (1904) считал основным механизмом навязчивых явлений «неподвижность» представлений.

Таким образом, большинство западных авторов считали ведущими в происхождении навязчивостей нарушения эмоций и интеллекта.

Наши отечественные психиатры изучали этот вопрос с позиции клинко-физиологического анализа. Они показали роль и значение всех сторон психической деятельности в генезе навязчивостей (С.С. Корсаков (1901); В.Н. Образцов (1905)).

Наша позиция о том, что навязчивости являются нарушениями всех сторон реалистической деятельности человека, остается незыблемой (подробнее см. в последующих главах, о патогенетических механизмах навязчивых состояний).

3.8. Патология мышления.

Если навязчивости отражают чисто количественные расстройства мышления, то бредовые идеи можно отнести к его качественным изменениям.

Как писал В.А. Гиляровский (1942), «в основе бредовых идей лежат сдвиги в самом мышлении, приводящие к глубоким и стойким расстройствам». Они довольно разнообразны и варьируют в зависимости от характера болезни и особенностей личности. «Бредовые идеи — это возникшие на болезненной основе заблуждения, — писал В.А. Гиляровский, — недоступные коррекции ни путем убеждения, ни другим каким бы то ни было образом». В.А. Гиляровский считает их по существу ложными мыслями, неверными умозаключениями, ошибками суждения, выделяющимися из ряда других заблуждений (например, предрассудков, суеверий и других неверных мнений) именно тем, что развиваются на болезненной почве. Они индивидуальны, составляют нечто присущее именно данной психической личности. Но в отличие от всякого рода заблуждений, которые доступны исправлению, устранению путем убеждения, путем повышения культурного уровня, бредовые идеи в развитой форме характеризуются неустранимостью, недоступностью для каких бы то ни было убеждений. Под влиянием нейролептиков бредовые идеи могут утратить свою яркость, подвергнуться частичной коррекции или даже исчезнуть. Иногда больные, очень убедительно и ярко высказывая свой бред, могут внушить его, как бы заразить им окружающих. В клинике часто наблюдаются случаи, когда вновь поступивший больной с ярким бредом способствует тому, что некоторые старые больные начинают повторять его мысли, выдавая за свои. В прежние времена душевнобольные

«пророки» заражали иногда своим бредом здоровых из числа окружающих, приобретая, таким образом, себе последователей.

Самой частой формой бреда являются идеи преследования, которые в большинстве своем развиваются преимущественно у людей недоверчивых и подозрительных. Также бредовые идеи наблюдаются у лиц с повышенной чувствительностью, у которых внушение концентрируется на неприятном переживании, давая идеи отношения. Эту форму преследования Э. Кречмер (1927) назвал **сенситивной**.

Кататимический бред — это бред, развивающийся как реакция на волнующие переживания. Близкий ему катэстетический бред возникает под влиянием неприятных ощущений в организме. Этот бред называется также бредом физического воздействия и отличается от навязчивых ощущений тем, что больные считают эти ощущения «деланными», кем-то навязанными, с какой-то целью. Этот вид бреда характерен для больных шизофренией. Бредовые идеи представляют собой неверные умозаключения, ошибки суждения, являются ярким выражением нарушения мышления. Менее резкое расстройство такого же порядка — переоцениваемые, или сверхценные идеи, которые ввиду известного сходства в проявлениях нередко приходится дифференцировать от бредовых идей. Их отличие кроется не в содержании, которое может быть аналогично, а в ином характере психических сдвигов. Нередко это идеи мести за обиду, идеи ревности. Так, больной, мстя за своего брата, спустя 10 лет убил его убийцу. Все эти годы картина убийства брата не покидала сознание больного, а желание мести постоянно нарастало.

Переоцениваемые, или сверхценные идеи, таким образом, — это мысли, длительное время доминирующие над другими благодаря тому, что особенно сильно затрагивают эмоциональную сферу. По своему содержанию — это представления, глубоко затрагивающие личность, они не отличаются своей нелепостью, психологически понятны. Сверхценные идеи могут оказать сильное влияние на все поведение больного, могут натолкнуть на преступление. В отличие от навязчивых сверхценные идеи появляются в сознании не случайно и характеризуются своей значимостью для личности. Больные их не боятся, но они вызывают устойчивое эмоциональное напряжение.

На фоне повышенного настроения часто возникают бред величия и мегаломанический бред.

При бреде величия больной постоянно возвеличивает себя, не имея на это какого-либо основания. При бреде величия ранее скромный, малозаметный человек со средним уровнем интеллекта вдруг начинает утверждать, что он великий ученый, сделавший открытие всемирного значения, что он знаменитый спортсмен, установивший множество рекордов, что он олимпийский чемпион, что он великий поэт или писатель или, наконец, прославленный военачальник. Бред величия чаще всего возникает в тех случаях заболевания, когда наступает резкий подъем настроения. Например, в маниакальной фазе маниакально-депрессивного психоза. Эти больные отличаются слишком высокой жизнерадостностью и отсутствием критики к своему состоянию.

Мегаломанический бред отличается от бреда величия большей масштабностью и нелепостью суждений, что бывает обусловлено снижением интеллекта в течение болезни. Так, мы наблюдали больного с прогрессивным параличом, у которого на фоне нарастающего слабоумия отмечался мегаломанический бред величия, «грандиозный по своей нелепости». Он назвал себя на высоте болезни маршалом Назимовым — маршалом всей Вселенной, обладателем несметных богатств. Критика к состоянию полностью отсутствовала. После массивного лечения пиротерапией и антибиотиками бредовые идеи величия нивелировались, больной неохотно вспоминал о своих высказываниях, старался уходить в сторону при воспоминаниях о них. Уровень интеллектуальной деятельности был значительно снижен, но пациент с некоторой критикой относился к перенесенному заболеванию.

Положительными, стеническими эмоциями сопровождается бред высокого происхождения. Интеллект у этих больных не нарушается.

Для депрессивных состояний характерен бред самообвинения. Больные себя обвиняют во всех смертных грехах, мыслимых и немыслимых. Они «совершали тяжчайшие преступления, и им нет пощады». Они требуют их немедленно покарать (расстрелять, повесить, сжечь на костре и т.д.).

А.С. Чистович (1944) описал случай, когда больной обвинил себя в самостреле, требуя для себя суда военного трибунала и расстрела «за измену Родине и трусость».

Довольно частой формой бреда является бред ревности, развивающийся чаще у мужчин в возрасте после 40 лет под влиянием злоупотребления спиртными напитками, но встречается также и при шизофрении, органических психозах. Часто бред ревности развивается у больных, страдающих импотенцией. Бросается в глаза нелепость обвинений больных. Ревнуют к случайным прохожим, детям, даже к животным. С целью «проверки» своих подозрений больные устраивают хитроумные, но часто нелепые «ловушки». Больные с бредом ревности зачастую совершают самые страшные преступления, истязания, убийства.

Для бреда отношений характерным является истолкование больными их взаимоотношения с окружающими людьми как намеки, напоминания, укоры в их адрес. Все свои переживания, как утверждают больные, становятся известными окружающим людям, и те каждым своим взглядом, жестом «дают понять» больным, что в курсе их переживаний и опасений.

Близкой к этой форме бреда стоит бред особого значения, где также в отдельных происшествиях и случайных поступках больной находит глубокий личный смысл. Обычно эти два бреда соответствуют начальному периоду психозов и сочетаются с растерянностью, недостаточно глубоким осмыслением происходящего вокруг.

Дисморфофобический бред заключается в необоснованном убеждении больного в том, что у него имеется замечаемый всеми какой-либо физический недостаток, то в виде избыточной полноты, то слишком сильного развития грудных желез (у мальчиков) и слишком маленького бюста у девочек. Они начинают настаивать на косметических операциях на носу, подбородке. Жалуются на то, что от них идет неприятный запах пота или спермы, постоянно посещают косметические кабинеты, выливают на себя непомерное количество дезодорантов и т.д. Описаны редкие, близкие к дисморфофобическому бреду случаи, когда больные заявляют о том, что от них дурно пахнет в связи с недержанием кишечных газов. Об этом больные догадываются по поведению окружающих, которые зажимают нос, отворачиваются, усмеваются, перемигиваются, переглядываются и т.д. В таких случаях резко меняется в связи с сюжетом бреда поведение больных: они начинают сторониться людей, избегают посещать общественные мероприятия, бросают работу или учебу, обращаются к врачам с просьбой произвести им соответствующую операцию, покушаются на самоубийство.

По своему происхождению выделяют первичный бред и вторичный. Последний образуется на фоне галлюцинаторных переживаний; он обычно изменчивый, полиморфный. Нередко встречается в повседневной психиатрической практике индуцированный («наведенный») бред, при котором бредовые переживания, как бы «заимствуются» у душевнобольного при тесном контакте с ним и отсутствии критического отношения к заболеванию.

По степени актуальности и масштабности бред делят на актуальный и резидуальный (остаточный) бред, сохраняющийся у больных после выхода из острых галлюцинаторно-бредовых состояний и заключающийся в убеждении в том, что все пережитое имело место на самом деле. Иногда мало актуальный бредовый сюжет спонтанно не высказывается больным, но тем не менее на долгие годы остается в его сознании; такая форма бреда называется инкапсулированным бредом.

3.9. Расстройства двигательной сферы.

Среди расстройств этой сферы мы наблюдаем на практике явления возбуждения или затормаживания в двигательной сфере.

Явления возбуждения в двигательной области носят название гиперкинезов. Они наблюдаются чаще всего при инфекционных заболеваниях, в особенности при эпидемическом энцефалите. Среди гиперкинезов отмечаются их разновидности в виде атетозных, тикозных, хореобразных, хватательных, бросательных и других движений. Очень часто у душевнобольных наблюдается агрессивность в поведении, проявляющаяся в нападении на окружающих. Она может быть результатом задерживающих влияний, имеющих место при маниакальных состояниях и при

возбуждениях другого характера, она может быть следствием бредовых установок в виде реакции защиты от воображаемых врагов; наконец, она может быть коркового происхождения, когда кора оказывается не в состоянии оказать противодействие поступающим импульсам. Такого рода агрессивность со стремлением кусать, царапать нередко встречается в картине психических изменений на почве эпидемического энцефалита.

Такого же происхождения и импульсивные поступки, которые проявляются в виде ничем не вызванных неожиданных двигательных актов, например внезапное вскакивание с постели, набрасывание на других, иногда такие же неожиданные попытки самоубийства. Покушения на самоубийства у душевнобольных наблюдаются гораздо чаще, чем у лиц, не обнаруживающих явлений психической болезни. Механизмы, приводящие душевнобольных к самоубийству, находятся в тесной связи с существом болезни и не всегда одинаковы. Чаще всего это состояние глубокого угнетения, распространяющееся и на такие прочные психические акты образования, как безусловный рефлекс самосохранения (оборонительный). С точки зрения клиники речь идет обычно о больных, страдающих МДП или пресенильным психозом. Попытки самоубийства могут быть связаны с императивными галлюцинациями или бредовыми идеями. Очень часты покушения на самоубийство в случаях патологического развития личности. У невротиков, чаще всего у больных истерией, покушения на самоубийство часто носят демонстративный характер с целью произвести впечатление на окружающих. Дети как и невротики, иногда покушаются на самоубийство, или же это результат подражания аналогичным действиям взрослых.

Насильственные действия наблюдаются при заболеваниях с локализацией в подкорковой области. Сюда относятся расстройства в виде клептомании и пиромании. Хотя не во всех случаях аналогичного характера можно обнаружить какие-либо признаки органического поражения мозга.

Реже встречаются другие ненормальные влечения, такие, как портить одежду, резать платье. Встречается неудержимое стремление громко произносить неприличные слова, циничную брань (копролалия). К навязчивым влечениям нужно отнести некоторые половые извращения, например обнажать в присутствии других свои половые органы (эксгибиционизм).

При лобных поражениях мозга наблюдаются общая расторможенность, стремление что-нибудь делать, хватаясь за то, что находится перед глазами, беспричинно смеяться. Эти явления наблюдаются при опухолях мозга.

При возбуждении коры головного мозга отмечается повышение деятельности не только в сфере движений, но и в сфере эмоций, а также в сфере интеллекта. Такого рода возбуждение по предложению Вернике принято называть психомоторным. Для него типично стремление к чрезвычайной деятельности. Оно особенно заметно, когда развертывается на фоне маниакального состояния.

У психических больных отмечаются так называемые **стереотипии** — повторения одних и тех же движений, — установленные еще К. Кальбаумом (1882). Вследствие нарушения проводимости в нервных путях (в связи с их разрушением или увеличением сопротивления) могут возникать особые расстройства. При этом внешнее раздражение, вместо того чтобы включить процессы, обеспечивающие адекватную реакцию в виде, например, сознательного ответа, обуславливает всегда более простую, и скорее механическую реакцию. Это можно объяснить тем, что процесс нервного возбуждения идет более сокращенным путем. К ним относятся эхоталии (когда больной вместо ответа повторяет вопрос в неизменной форме). Аналогичным путем возникает повторение действий, производимых другими, — эхопраксии.

Состояния угнетения в двигательной сфере менее разнообразны, чем явления возбуждения, но встречаются также часто. В легких случаях можно говорить об известной вялости и нерешительности, иногда об абулии, которая часто встречается при неврозах. При ней наблюдается ослабление инициативы, слабость или полное отсутствие спонтанных побуждений. Во многих случаях это явление может наблюдаться при поражении лобных долей мозга, а именно их выпуклой поверхности, что встречается при опухолях лобных долей и болезни Пика.

Иногда двигательная заторможенность может быть выражена гораздо сильнее и принимать форму полного прекращения движений, носящего название ступора.

Примером может служить кататонический ступор, который в отличие от депрессивного затормаживания оказывается совершенно неподатливым, не уступает никаким воздействиям. При этом ступоре появляется тенденция застыть в одной позе. Это явление носит название восковой гибкости и чаще всего встречается при шизофрении. Многие расстройства двигательных актов можно рассматривать как результат включения особых механизмов, не обнаруживающих своего действия в нормальных состояниях. Сюда нужно отнести негативизм, пассивную подчиняемость приказаниям со стороны. Негативизм мы условно делим на активный и пассивный. Под пассивным негативизмом имеется в виду стремление больного противиться всякому внешнему воздействию, а под активным — желание больного исполнять все, но только противоположно требуемому. Под пассивной подчиняемостью следует понимать стремление больного беспрекословно выполнять все, что предлагают окружающие. Как негативизм, так и пассивная подчиняемость часто наблюдаются при шизофрении, хотя в отдельных случаях можно их наблюдать у больных с истерией. Как правило, больные с негативизмом склонны к полному молчанию, мутизму.

Мутизм, негативизм, пассивная подчиняемость, вместе со стереотипией, эхолалией и склонностью к застыванию в одних позах составляют группу так называемых кататонических симптомов.

Для иллюстрации приведем на наш взгляд весьма показательный случай активного негативизма в нашей практике.

В Хабаровской краевой клинической психиатрической больнице многие годы находился на излечении больной Ф., у которого явления негативизма носили ярко выраженный демонстративный характер. Причем последний сочетался с мутизмом. Несмотря на то, что мы обозначили больного под буквой Ф., мы вынуждены полностью назвать фамилию, имя и отчество больного в силу необходимости более яркой демонстрации, поэтому заранее просим извинить читателей за нашу вольность.

Итак, больного звали Фришмут Яков Петрович. Он многие годы находился на лечении в больнице. Был молчаливым, внешне спокойным, замкнутым, иногда помогал персоналу в работе. Контакт с больным был затруднен. Его с трудом можно было пригласить в ординаторскую и только в том случае, когда он «случайно» оказывался у двери. При этом в кабинет он входил только тогда, когда врач просил его не входить в кабинет. Причем врач должен был повторять свою просьбу много раз. Для того чтобы больной, вошедший в кабинет, сел на стул, врач должен был многократно повторять просьбу, чтобы больной не садился на стул. На многократную просьбу врача не называть свою фамилию больной либо долго ничего не отвечал, либо спонтанно выкрикивал: «Тумширф», что в зеркальном отражении означало его настоящую фамилию Фришмут. Больной мог кушать, сидя за общим столом с больными, только тогда, когда его просили не принимать пищу. Но даже в том случае, когда он принимался есть после многократной просьбы не делать этого, ритуал приема пищи носил крайне негативный характер. Первое блюдо он переливал в чашку, второе — в глубокую тарелку для первых блюд. Тарелки переставлял со стола на шкаф. Ложку держал в руке за черпак, а черенком пытался набрать пищу. Любопытно было наблюдать за больным, когда он собирался на прогулку, особенно в зимнее время. Больные на прогулку выходили в ватных брюках, куртках, шапке и валенках. Брюки и куртку он выворачивал наизнанку, надевал их задом наперед. Валенки надевал носками назад, правый валенок — на левую ногу и наоборот. Одевание сопровождалось командой: «Не одеваться». На улицу выходил только тогда, когда его просили не выходить.

Апофеозом его негативизма явился показательный эпизод, когда профессор демонстрировал больного студентам. Больного с трудом поставили рядом с кафедрой, но в это время пациент начал суетиться и вертеться на месте. Профессор с некоторым раздражением попросил больного стоять спокойно на месте, и вдруг больной плашмя упал грудью вперед. Студенты, сидящие в первых рядах, разбежались в разные стороны от неожиданности. При падении больной ничего себе не повредил.

Такого яркого и демонстративного наблюдения негативизма в сочетании с мутизмом и автоматической подчиняемостью в последующем нам наблюдать не приходилось.

3.10. Эмоциональные расстройства.

Под эмоциями или чувствами следует понимать особое физиологическое состояние организма, отражающее субъективное отношение его к предметам и явлениям окружающей действительности.

Эмоция остается постоянным спутником всего интеллектуального процесса. Каждое новое впечатление имеет эмоциональную окраску, положительную или отрицательную.

Мы различаем низшие эмоции, связанные с удовлетворением чувства голода, жажды, полового влечения, а также высшие (интеллектуальные, моральные и этические). На человека одновременно действует очень большое количество раздражителей, каждый из них имеет свой эмоциональный оттенок, которые складываются в эмоциональную равнодействующую, обеспечивающую соответствующие эмоции.

Под настроением следует понимать устойчивое чувственное восприятие внешнего мира, отраженного в нашем сознании. Настроение подвержено постоянным колебаниям. Как писал В.А. Гиляровский, «в настроении и в нормальном состоянии постоянно происходят приливы и отливы. Кроме длинных и пологих волн, соответствующих приливам и отливам настроения, настроение может давать крупные и резко выраженные волны, носящие название аффектов». Их делят на стенические (гнев, радость) и астенические (печаль, смущение, страх и прочие). Выделяют патологические аффекты, при которых человек не способен управлять своими действиями и отдавать отчет в своих поступках. Причем патологический аффект характеризуется помрачением сознания с последующей амнезией почти всего, что имело место во время аффективного переживания. Дифференциация физиологического аффекта от патологического благодаря амнезии имеет важное значение в судебно-психиатрической экспертизе, которая решает, какого рода меры медицинского или судебного характера должны быть приняты. Настроение может колебаться, но оно не должно выходить за «нормальные» рамки. Если оно превышает допустимые рамки, мы говорим о маниакальном состоянии; если же настроение падает ниже допустимой грани, мы говорим о депрессивном состоянии. Часто такого рода колебания настроения встречаются при маниакально-депрессивном психозе. Колебания настроения могут встречаться и при неврозах. Сниженное или тоскливое настроение может наблюдаться при неврастении и МДП. Однако диагностически они отличаются друг от друга. Эндогенные депрессии имеют тенденцию к суточным колебаниям по свойственной им схеме. В утренние часы депрессия с тревогой проявляется в наиболее выраженной форме, к вечеру тревога уменьшается. При экзогенной депрессии фон настроения снижается чаще к вечеру. Иногда беспричинно возникающая тоска бывает смешана с чувством раздражения, когда все кажется невыносимым. Такие расстройства настроения нередко наблюдаются у эпилептиков — эпилептические дисфории.

3.11. Расстройства сознания.

Сознание — это особое качество материи, свойственное только человеческой психике. Сознание является особым видом отношения индивидуума к среде.

По своему содержанию сознание определяется средой, которую оно отражает, но процесс отражения не следует понимать только в механическом смысле: это не простое созерцание окружающего, а особая форма активной реакции на раздражение извне, сопровождающейся стремлением изменить окружающую среду. Центральное место в структуре сознания занимает сознание собственного «я», которое является первичным в генетическом отношении. Можно считать установленным, что собственно «я» в развивающемся сознании начинает выделяться в процессе дифференциации сознания приблизительно на втором году жизни. Первичное «я» в дальнейшем развивается, причем противоположение «я» и окружающего «не я» сохраняется в качестве самого существенного момента, и самое развитие сознания сводится главным образом к дальнейшей дифференциации этих двух составляющих.

Сознание своего «я» включает сознание своего тела, сознание своей связи с другими посредством речи. Очень важным свойством сознания «я» являются его активность и непрерывность. Благодаря этим свойствам все переживания настоящего и прошедшего объединяются, образуя одну непрерывную цепь. Кроме собственно объектов окружающего мира, важным признаком сознания становится восприятие места и времени.

Эволюция сознания обуславливает разные его уровни. При этом развитое сознание характеризует и высокое развитие психической индивидуальности. В общем потоке интеллектуальных процессов сознание может фокусироваться на небольшом количестве представлений, которые в данный момент будут находиться в сфере сознательного в центре сознания. Значительное количество представлений находится в сфере бессознательного и освещается лишь на короткое время.

В патологических случаях болезненными изменениям могут подвергаться процессы из разных сфер сознания. Так, в некоторых случаях отмечается особое расстройство — сужение поля сознания. Аналогично сужению поля зрения, например концентрическому при истерии, сознание может фокусироваться на одной или двух идеях, тогда как все остальное остается в тени. Так бывает при сильных аффектах.

При расстройствах сознания не все элементы его поражаются в одинаковой мере. Как правило, легче подвергается изменениям предметное сознание, тогда как сознание собственного «я» оказывается более прочным. Как о наиболее легкой степени расстройства сознания можно говорить о состоянии сонливости (сомноленсия), когда до сознания доходят только очень сильные впечатления, тогда как слабые остаются совершенно не замеченными.

К группе легких расстройств сознания относится просоночное состояние. Это состояние сознания, похожее на то, что переживает человек, внезапно разбуженный среди ночи.

Близки к этому состояния сомнамбулизма, наблюдающиеся у лиц с истерическими реакциями. Больной в таком состоянии встает с постели, не просыпаясь, начинает ходить или автоматически делать что-нибудь, не реагируя на окружающих, иногда он уходит из дома, через несколько минут или часов он приходит в себя и ни о чем не помнит.

Довольно часто наблюдается состояние оглушенности (Benommenheit), напоминающее внешне физиологическое утомление; оно характеризуется затрудненной концентрацией внимания, замедлением и расстройством восприятия и усвоения, повышением порога раздражения, нарушением нормального мышления и его бессвязностью.

Сумеречные состояния сознания — состояния, длящиеся от нескольких минут до нескольких часов, когда больной находится в состоянии резкого сужения мышления, однако при этом сохраняется правильность поведения.

Наиболее глубокие степени расстройства сознания представляют сопорозное и коматозное состояния. В этих состояниях больной не отвечает на вопросы и совершенно не реагирует на внешние воздействия; его можно колоть, щипать, жечь — это не вызовет у него никакой реакции. Мало того, он может сам причинить себе какие-либо повреждения, в том числе тяжелые ожоги, и не почувствовать их. Зрачки его на свет не реагируют, сухожильные рефлексы отсутствуют. После выхода из этого состояния наступает полная амнезия, что считается характерным признаком глубокого помрачения сознания. Продолжительность таких состояний краткосрочная, и выход из них постепенный.

Сумеречные состояния затяжного характера носят название трансов. В литературе описан случай многодневного переезда одного пассажира из Марселя в Бомбей. Он не помнил своего длительного пути и того, как оказался так далеко от дома.

Еще одной формой измененного сознания является деперсонализация. При этом «я» кажется совершенно изменившимся, точно подмененным. Под деперсонализацией в психопатологии понимают чувство изменения «я» и личности, чувство потери своего «я». Точнее, это не только ощущение, но и осознание совершающихся изменений, а иногда лишь их угрозы. Человек осознает себя не таким, каким он был всегда, даже тело ему кажется каким-то чужим. Часто он чувствует потребность ощупать себя, рассмотреть свое лицо в зеркале. Человек хочет убедиться, что это именно он. Измененным, иногда утратившим свой реальный характер, кажется весь окружающий

мир. Все кажется скорее сном, чем действительностью. Даже хорошо знакомые слова кажутся новыми, непонятными. Все, что было близко больному, становится иным, чуждым; его не радуют близкие, самые любимые люди, для него утрачивают значение прежние его устремления. Происхождение деперсонализации прежде всего может объясняться отравлениями или интоксикацией. Кроме того, изменения сознания этого рода свойственны вообще меланхолическим состояниям, в частности депрессивной стадии маниакально-депрессивного психоза. В этих случаях нет все-таки нарушения единства «я», хотя оно кажется совершенно иным, обладающим какими-то необычными свойствами, но все же остается нашим «я». Здесь нет грубого нарушения контактов между отдельными компонентами «я», и равновесие нарушается вследствие того, что функции, связанные с некоторыми из них, оказываются глубоко заторможенными.

Но возможны и более глубокие нарушения с потерей целостности нашего «Я». При этом отдельные переживания кажутся не только необычными, но даже принадлежащими какой-то другой личности. Такое состояние нередко наблюдается при шизофрении. Больные при этом говорят о себе в третьем лице.

Своеобразные изменения осознания «Я» наблюдаются у некоторых делириозных больных, переживающих бред двойника (тело или его отдельные части удвоены, вместе с ним на постели находится другой человек, как-то связанный с ним, иногда этот двойник мучает его и всегда находится вне больного). Раздвоением сознания названы особые случаи истерии.

Глава 4. Неврозы и их классификация.

Процесс познания мира от незнания к знанию на первый взгляд кажется простым и понятным. То, что вчера было еще неизвестным, сегодня может стать осознанным. Многие явления внешнего мира, хотя и стали достоверными для нас, но мы их не можем до конца объяснить. Из религиозных писаний известными фактами для нас являются создание Богом первого человека на земле по имени Адам и создание из его ребра первой женщины, названной Евой. Далее человечество продолжило свое развитие путем размножения. С тех пор прошло очень много времени, однако мы до настоящего момента не можем ответить на вопрос: почему первая пара людей была создана, а все последующее человечество появилось за счет рождаемости.

По аналогии с вышесказанным, понятие «неврозы» сегодня — уже принятый факт, но все же осознанный не до конца.

Термин **«невроз»** ввел в медицинскую практику в 1776 г. шотландский врач U. Cullen (1712-1790). В тот период причиной возникновения всех заболеваний считали гуморальный фактор. К группе неврозов были отнесены многие болезненные процессы. Впервые ученые обратили внимание на то, что существуют заболевания, которые протекают без лихорадки и не вызывают «повреждений организма». Но, к сожалению, к неврозам были ошибочно отнесены такие заболевания, как столбняк, базедова болезнь и многие другие, в связи с тем, что патанатомия их еще не была известна из-за низкого уровня медицинской техники.

U. Cullen впервые сделал попытку клинически разделить неврит и невроз. Он обосновал «нервный принцип» в качестве главного регулятора всех жизненных процессов, которые делил на две основные группы — связанные с напряжением нервной системы и, наоборот, с ее расслаблением. Неврозы, по его мнению, обусловлены взаимодействием двух начал. В первую группу им были отнесены истерия и ипохондрия.

U. Cullen «описывал неврозы как нервные расстройства» (нарушение чувствительности и моторики), не сопровождающиеся лихорадкой и не связанные с поражением какого-либо внутреннего органа, а обусловленные «общим страданием, от которого специально зависят движения и мысль».

Такое расплывчатое, определение термина «невроз», предложенное U. Cullen, существовало почти до конца XIX века. Этим термином обозначались самые разные нервные и психические болезни, где не определялись признаки лихорадки: глухота, слепота, параличи, заворот кишок, изжога, тошнота, рвота, столбняк, гидрофобия, все виды параличей (и даже прогрессивный).

Затем определение невроза претерпело ряд изменений. Romberg ограничил это понятие рамками «регуляторных неврозов». Sondras (1851) предложил относить к неврозам лишь те болезненные состояния, в основе которых лежат нарушения функции нервной системы, то есть те нервные расстройства, которые не имеют определенной патологической основы. Но так как в то время такие заболевания, как эпилепсия, столбняк, каталепсия, не имели своей патанатомической картины, то Erb (1874) относил их к неврозам. Он даже отмечал, что некоторые функциональные расстройства могут переходить в органические, и наоборот. Уже позже Reimond (1910) уточнил, что при неврозах анатомические изменения отсутствуют только в том случае, когда они не могут быть выявлены. По меткому определению Аксенфельда (1883) неврозы — это «незнание, возведенное в степень нозологической формы».

Можно отметить, что именно в конце XIX века систематика клинических форм неврозов была уже весьма пестрой. Так, французский врач Nuchard (1883) выделял несколько форм неврозов (нервные состояния, истерия, эпилепсия, эклампсия и хорея).

Стремительное развитие медицинской науки создало базу для разработки более объективных и точных критериев определения неврозов. Исследователи стали обнаруживать и другие отличительные особенности, свойственные только неврозам. Так некоторые авторы считали, что в отличие от органических расстройств неврозы являются обратимыми заболеваниями, не вызывающими инвалидности. Такое определение исключало из группы неврозов органические параличи, парезы, гиперкинезы.

Дальнейшие исследования неврозов связаны с их этиологией. Sidenham в конце XVIII века обратил внимание на психическую обусловленность ряда болезней, в том числе истерии. С середины XIX века Briquet (1859) настаивал на душевной обусловленности некоторых нервных расстройств.

Причинами всех форм неврозов начали считать психогенные влияния. Charcot и его ученик Babinsky демонстрируют в клинике роль внушения и самовнушения в возникновении неврозов.

В 1905 г. Dubois предложил заменить ставший традиционным термин «неврозы» на «психоневрозы». Дальнейшее расширение представлений о клинике неврозов и параллельное развитие учения о личности привели к тому, что ведущей их особенностью стали считать их связь с личностью, рассматривая их как болезненные реакции личности (O. Bumke, 1929).

Некоторые авторы стали разделять соматически обусловленные функциональные расстройства нервной системы на соматоневрозы и психогенные (психоневрозы). Е.А. Шевалев в 1934 г. на I Украинском съезде невропатологов и психиатров предложил следующую классификацию неврозов:

- 1) симптоматические невротические явления;
- 2) ядерные неврозы, то есть неврастения, истерия, психастения и травматический невроз;
- 3) психоневрозы как заболевания, развивающиеся на конституционной почве, то есть психопатии.

Кроме того, по мнению автора, неврозами являются неврастенические и истерические состояния в начале психических заболеваний. Это мнение автора вызвало серьезные возражения. Ю.В. Каннабих (1934) предложил заменить термин «невроз» на «психогении».

Т.И. Юдин (1926) считал термин «невроз» неполноценным со всех точек зрения и разделял в этом вопросе позицию Е. Крепелина, по мнению которого невроз — это нечто иное, как легкое психическое заболевание или его первая стадия. Описанные выше крайние точки зрения свидетельствуют о явном разброде в понимании сущности неврозов. И 20 лет спустя Е.А. Попов (1954) снова говорит, что в «классификации неврозов господствует полный беспорядок». Не существует такого признака, который был бы свойствен всем неврозам и отсутствовал бы при психозах. Ни обратимость, ни легкость симптоматики, по мнению Е.А. Попова, не являются такими признаками. Психогенное происхождение заболевания также не может служить критерием, ибо не всякая психогения — невроз.

В последующие годы предлагались многочисленные и иногда очень разветвленные классификации неврозов, которые не получили общего признания. Одни из них отражали соматогенную основу или причину невроза (постинфекционный невроз, интоксикационный, эндокринный, травматический, климактерический, атеросклеротический и т.д.). Другие особенности психогенеза (невроз ожидания, ятрогенный невроз, невроз испуга) или преимущественной симптоматики (ипохондрический невроз, вегетативный невроз, органоневроз, агрипнический невроз и др.). Неопределенность в понимании неврозов обуславливает их смешение с конституциональными типами (циклоидный, шизоидный неврозы) и психопатиями. Чрезмерно широкое толкование понятия «невроз» в конечном счете привело к тому, что этот термин начал терять нозологическое значение. Так, К.М. Быков в 1955 г. заявил, что невроз — это начало всякого заболевания, какова бы ни была его причина, то есть «невроз» — это начальная функциональная стадия любой болезни.

Учение о неврозах и о их психогенной этиологии получило твердое физиологическое обоснование в замечательных работах И.П. Павлова, его сотрудников и последователей о высшей нервной деятельности.

В соответствии со взглядами И.П. Павлова, большинство современных российских психиатров и невропатологов (С.Н. Давыденков, В.Н. Мясичев, Е.А. Попов, О.В. Кербиков, Н.В. Конторович, А.В. Снежневский, А.М. Свядощ, Г.К. Ушаков, Б.Д. Карвасарский и др.) прежде всего сужают понятие невроза, оставляя его только для заболеваний психогенной этиологии.

Можно описывать накопившийся огромный багаж сведений по проблеме неврозов или бесконечное число мнений на этот счет, но самое главное на наш взгляд, необходимо проанализировать, что же является главенствующим на сегодняшний день в этой сложной проблеме неврозов. Накопленный до сих пор опыт позволяет нам подвести некоторый итог, который даст более эффективное и глубокое понимание неврологии.

Конечно, за более чем двухсотлетний период изучения неврозов накопилось много новых данных в различных областях медицины, особенно в области учения о неврозах. Четко определены причины, способствующие развитию неврозов. Сегодня мы называем неврозами те болезненные формы, которые возникают в результате влияния на человека переживаний различных конфликтов, то есть психотравмирующих ситуаций. Большинство ученых, разделяющих это мнение, все же считает, что неврозы могут возникнуть и по другим причинам, например по причине переживаний, вызванных какими-либо физическими заболеваниями. Успешно развивающаяся клиническая неврология позволила их классифицировать. В учение о неврозах огромный вклад внесли теории Г. Селье об адаптационном синдроме, И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, позволившие объяснить патофизиологические механизмы неврозов; З. Фрейда о психоанализе, выявившие механизмы ущемленных сексуальных комплексов, базирующихся в сфере бессознательного, и наметившие пути их преодоления и выведения их в область сознания. Бурно развиваются психология и психотерапия с ее многообразными психотерапевтическими приемами.

Новые данные не могли не сказаться на появлении новых подходов в трактовке неврозов, понимании их сущности, клинического многообразия, особенностей возникновения и течения, их классификации и нозологии.

Именно о нозологии неврозов хотелось бы поразмыслить, особенно до того, как речь пойдет об их классификации. Каковы же основные подходы современной медицины, позволяющие определить принадлежность того или иного заболевания к определенной нозологии?

Во-первых, наличие возбудителя болезни — бактерий, вирусов и других вредных микроорганизмов. Заболевания, ими вызванные, относятся к инфекционным и вирусным (оспа, брюшной и сыпной тиф, малярия и т.д.).

Во-вторых, наличие отравляющего агента (различные яды, химикаты, вызывающие тяжелые интоксикации, даже со смертельным исходом).

В-третьих, объединение в одну группу всех органических заболеваний мозга различной этиологии (менингиты, энцефалиты, сифилис мозга, прогрессивный паралич, травмы черепа и др.).

В-четвертых, выделение соматических заболеваний (болезней всех внутренних органов).

Кроме того, существуют заболевания, причина возникновения которых до сих пор точно не определена. Это — психические заболевания, психопатии, некоторые дегенеративные заболевания центральной нервной системы (сирингомиелия, боковой амиотрофический склероз, хорея Гентингтона и др.). В связи с этим возникает вопрос о принадлежности неврозов.

До сих пор неврозы входили в группу болезней, которыми занималась «малая» психиатрия, входившая в «большую» психиатрию. Сейчас, после выделения психотерапии в самостоятельную науку, с нашей точки зрения, наступает благоприятный момент для более глубокого изучения неврозов, их клиники, этиопатогенеза, классификации и многого другого. Почему это становится возможным? Потому, что именно в рамках одной науки появляется реальная возможность разобраться в путанице в вопросах классификации неврозов, их клиники, этиопатогенеза и их терапии.

Остановимся подробнее на прежних классификациях неврозов и проанализируем их недостатки, выскажем свои предварительные соображения о путях дальнейшего построения классификаций исключительно только неврозов.

Сразу позволим себе оговориться, что все древние классификации психических заболеваний мы опускаем, в связи с тем что сегодня они не могут представлять чисто исторический интерес.

Мы постараемся проследить трансформацию классификаций неврозов не с тех пор, как появилось понятие «невроз» (1776), а с конца XIX века, то есть с того периода, когда неврозы еще рассматривались в совокупности со всеми психическими заболеваниями.

В немецкой психиатрии, в классификации Крепелина (1895), такие неврозы, как неврастения, истерия, эпилепсия, отнесены в группу болезней некурабельных, тогда как психопатии включены в подгруппу аномалий воспитания, совместно с такими болезнями как идиопатия, кретинизм, дебильность. Оставим эту несуразность немецких психиатров без комментариев в связи с тем, что они уже сами через 10 лет, в 1906 г., резко меняют свои позиции. Уже «психогенные неврозы» составляют в их новой классификации самостоятельную рубрику. Прежде всего, из классификации они выделяют эпилептическую болезнь, а «криминальные», «неустойчивые», «мифоманы» объединены в группу «психопатические личности».

Еще через 10 лет, в 1916 г. Крепелин вновь творчески пересматривает место пограничных форм патологии в общей систематике психических заболеваний. Он объединяет в разделе «психогенные заболевания» такие разные заболевания, как нервное истощение, невроз ожидания тугоухих, невроз испуга, травматический невроз, психогенные расстройства у арестантов и «сутяжное помешательство». В свою очередь истерию, невроз навязчивых состояний и половые извращения он относит в главу «конституциональные душевные заболевания».

Патологические личности (психопаты из группы возбудимых, неустойчивых, импульсивных, лживых), а также враги общества (антисоциальные) вместе с олигофренами отнесены им к «врожденным болезненным состояниям». Такая попытка классификации психических заболеваний «отцом современной психиатрии», большим авторитетом в этой области, современному специалисту, даже начинающему, покажется несколько наивной.

В дальнейшем на десятилетия растянулась полемика по вопросам классификации психопатий, а проблемы неврозов оставались как бы в тени. Спор шел между ведущими специалистами (Шнайдером, Каном (1928); Кречмером (1924); Е. Блейлером (1972); П.Б. Ганнушкиным (1933); С.А. Сухановым (1933); Е.К. Краснушкиным (1960); О.В. Кебриковым (1971); Г.К. Ушаковым (1978)). Мы позволим себе не вдаваться в эту полемику, поскольку она не затрагивает проблемы неврозов.

Классификация болезней американской психиатрической ассоциации (1934) объединяет неврозы в самостоятельной рубрике. В нее включены: истерия, психастения, неврастения, ипохондрия, депрессивные реакции, состояния тревоги и смешанные психоневрозы.

В 1949 г. на Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров была утверждена более совершенная классификация пограничных нервно-психических расстройств. С

нашей точки зрения, в ней впервые выделены 4 группы неврозов: неврастения, истерия, психастения и неврозы навязчивых состояний, наш клинический опыт говорит в пользу такого подхода. Однако неврозы все же были объединены в классификации с психопатиями, что послужило поводом для острой полемики, которая продолжалась многие годы. В литературе были обсуждены все ее недостатки А.А. Портным и Д.Д. Федотовым (1957); Н.В. Канторовичем (1967). Авторы пришли к заключению о том, что, несмотря на все недостатки, классификация все же выгодно отличается от многих разработанных позднее своей клинической направленностью. Большинство последних классификаций отличаются эклектизмом в связи с использованием несопоставимых терминов либо отходом от чисто клинических критериев и смешиванием их с социологическими, психологическими, психоаналитическими и др. Эклектичен и принцип использования в систематиках этиологических, клинических и патогенетических терминов и понятий. Наиболее демонстративно выступает в них эклектизм методологический. Пестрота этиологических концепций в малой клинике неврозов вызывает несопоставимость строящихся на их основе классификаций.

По мнению многих ученых, строгость и совершенство систематики болезней определяются двумя обстоятельствами: полнотой знания их причин и единством критериев классификации. Объяснение причин душевных конфликтов давалось самое разнообразное, что меняло представление об этиологии неврозов. Ортодоксальный психоанализ основное значение придавал нарушениям развития полового влечения — либидо, имевшим место преимущественно в раннем детстве. По мнению представителей других психоаналитических школ, которым свойственны принципиально те же методологические установки, ведущая роль в конфликте принадлежит нарушениям или заторможенности иных влечений. В результате формируется иное либидо и поддерживается аномальное развитие (неопсихоанализ). Наконец, ряд исследователей основное значение в конфликте отводит социальным и культурным влияниям. Специфическое влияние особенностей уровня культуры в развитии неврозов отстаивает Горней (1950, 1973). Она определяет невроз как душевное расстройство, которое формируется в результате возникновения (либо ущемления) опасений у человека и своеобразных принимаемых им аутосуггестивных мер борьбы, направленных против таких опасений. В результате попыток найти бескомпромиссное решение внутри такого рода противоречивых тенденций возникают определенные нарушения, которые, в конечном счете, приводят к болезни (неврозу). В понимании экзистенциальной философии неврозы представляют собой результат лишения (отказа), возникающего в пограничных жизненных ситуациях.

Наш практический опыт подтверждает существующее мнение о том, что только клинический метод исследования неврозов и неврозоподобных состояний обеспечит возможность их систематики. Полнота и совершенство классификации этих форм патологии обеспечиваются умением дифференцировать их от других сходных клинических форм, то есть профессионализмом специалистов.

Однако даже высококласные специалисты в области неврологии при диагностике заболеваний испытывают определенные трудности. Зингер и Гундерсон (1975) в обзоре литературы по пограничной психиатрии наметили шесть критериев отграничения их.

Авторы нашли характерными для этих расстройств (цитировано по Г.К. Ушакову):

- преобладание эмоциональных расстройств (в форме депрессии или неприязни к окружающим);
- импульсивное поведение в анамнезе (самоповреждение и др.);
- сохранность социальной адаптации больных;
- транзиторность психотических эпизодов (преимущественно в форме параноических реакций);
- плохая приспособленность к непривычным обстоятельствам жизни;
- сосуществование поверхностности и зависимости в межличностных отношениях.

Эти критерии, с нашей точки зрения, не являются исчерпывающими, вместе с тем, несомненно, они раскрывают некоторые особенности пограничных психических расстройств.

Н.И. Фелинская (1971) типичным для пограничных состояний считает:

- подвижность переходов между нормой и патологией;
- подвижность границ между болезненными состояниями внутри самих форм «малой психиатрии»;
- подвижность взаимоотношений между личностью и психогенными ситуационными обстоятельствами.

Мы не можем согласиться с суждениями автора на этот счет и считаем, что клиницист высокого класса в области неврозов должен уметь четко дифференцировать неврозы как внутри группы (разные их виды), так и в ряду неврозоподобных состояний, и психических заболеваний. По вопросам взаимодействия личности и ситуации наши точки зрения совпадают.

Поиск обобщенного подхода к анализу взаимосвязанных клинических явлений в области «малой психиатрии» становится более реальным в связи с выделением психотерапии в самостоятельную медицинскую специальность, что позволит более глубоко изучить неврозы и их классификацию.

Коротко проследим трансформации систематики неврозов за последние несколько десятилетий.

В международной классификации болезней 8-го (МКБ) пересмотра (1978) неврозы выделены в раздел 300, который включает следующие шифры: 300.0 — невроз страха; 300.1 — истерический невроз; 300.2 — фобии невротические; 300.3 — обсессивно-компульсивный невроз; 300.4 — деперсонализационный синдром; 300.7 — ипохондрический синдром; 300.8 — другие неврозы; 300.9 — не уточненные неврозы.

По мнению Г.К. Ушакова (1978), «эта классификация отличается клинической непоследовательностью и, в частности, разными трактовками термина «невроз». Мы считаем непонятным и неприемлемым выделение под шифрами 300.8 и 300.9 групп «другие» и «не уточненные неврозы». Неясно, какие заболевания следует относить к этим рубрикам. Нам кажется, что такое разграничение неврозов свидетельствует о слабой компетентности составителей этой классификации.

В последующих международных классификациях болезней 9 и 10 пересмотров были введены некоторые новые рубрики, сужены границы шизофрении, психические заболевания объединены с неврозами и неврозоподобными состояниями. Основная часть функционально и органически обусловленной психической патологии в МКБ-10 с точки зрения традиционной психиатрии представлена в виде синдромальных рубрик. Сравнивая последние две международные классификации 9 и 10 пересмотров, можно отметить, что последняя значительно больше по объему. В МКБ-9 использовались цифровые коды (001-999), тогда как в МКБ-10 принята буквенно-цифровая схема кодирования, основанная на кодах с одной буквой, за которой следует две цифры (A00-Z99). Это значительно расширило число категорий, используемых для классификации.

В посвященной психиатрическим расстройствам главе МКБ-9 было только 30 трехзначных категорий (290-319), а глава V в МКБ-10 содержит 100 таких категорий. Часть этих категорий остается пока неиспользованной, что позволяет вносить изменения в классификацию, не переименовывая всей системы.

Две последние классификации болезней полностью оторваны от запросов клинической неврологии и психиатрии. Но мы не станем подвергать их резкой критике в связи с тем, что их составители предназначали их прежде всего для статистических целей. Нас же более интересует классификация болезней с чисто клинических позиций.

Б.Д. Карвасарский в монографии «Неврозы» (1980) подчеркивает, что многообразие классификационных делений неврозов обусловлено прежде всего отсутствием единого взгляда на их этиопатогенетические механизмы. С этим утверждением можно вполне согласиться, но при этом, с нашей точки зрения, нет единства и в понимании и выделении форм этих заболеваний. Здесь уместно привести таблицу №1, предложенную Б.Д. Карвасарским.

Таблица 1. Классификация неврозов по Б.Д. Карвасарскому

Авторы, год издания	Исте- риче- ский невр оз	Нев- раст- ения	Нев- роз- навя- зчив- ых сост- ояни- й	Псих- асте- ния	Фоб- ичес- кий невр оз	Обсе- ссив- но- ком- пуль- сивн- ый невр оз	Нев- роз- стра- ха	Деп- ресс- ивн- ый невр оз	Ипо- хонд- риче- ский невр оз	Деп- ерсо- нали- заци- онн- ый невр оз	Сист- емн- ые невр озы	Нев- роз- ожи- дания	Шок- овы- й или эмо- цио- наль- ный невр оз	Стру- ктур- ные невр озы
Портнов А.А., Федото- в Д.Д., 1957	+	+	+											
Таккель Л.Б., 1960	+	+		+										
Давыде- нков С.К., 1963	+	+		+										
Доценко С.Н., Первом- айский Б.Я., 1964	+	+		+										
Коркина М.В., 1968	+	+	+											
Свядош А.М., 1971	+	+	+	+			+					+	+	
Ушаков Г., 1971	+	+	+											
Королев В.В., Локосин А.Н., 1972	+	+	+											
Первом- айский Б.Я., 1974	+	+		+						+			+	
Карваса- рский Б.Д., Тупицы- н Ю.Я., 1974	+	+	+											
Липгарт Н., 1974	+	+	+											
Матвеев В.Ф., 1975	+	+	+											
Мягер В., 1976	+	+	+	+										

Как видно из таблицы, наиболее распространенным в отечественной литературе является объединение неврозов по клиническим признакам: неврастения, истерия,

невроз навязчивых состояний и др. Мы разделяем точку зрения тех психиатров, которые придерживаются деления невротизмов на четыре формы, добавляя к вышеперечисленным четвертую — психастению. Наши взгляды по этому поводу мы постараемся изложить и обосновать в следующей главе. Продолжая анализировать таблицу классификации № 1, предложенную Б.Д. Карвасарским, нам хотелось бы отметить, что у нас вызывает непонимание выделенный Г.К. Ушаковым (1972) невротизм страха как самостоятельный невротизм, ибо нам непонятно, чем он отличается от невротизма навязчивых состояний, основным содержанием которого являются страхи, и почему его нельзя отнести к другим невротизмам с навязчивостями. Также нам непонятны мотивы автора, выделявшего в самостоятельные невротизмы ожидания и структурный невротизм, которые с нашей точки зрения, могли бы разместиться в границах вышеперечисленных невротизмов.

Как видно из таблицы № 1, некоторые авторы (Л.Б. Гаккель (1960); С.Н. Давыденков (1963); С.Н. Доценко, Б.Я. Первомайский (1964)) выделяют в качестве заболевания не невротизм навязчивых состояний, а психастению; другие же относят последнюю к психопатиям, выделяя невротизм навязчивых состояний в качестве самостоятельной формы. Мы в этом вопросе не согласны с обоими оппонентами. Как мы уже говорили выше, и невротизм навязчивых состояний и психастения имеют право на самостоятельное существование. Ведь большинство невротологов признают истерию и психастению как самостоятельные невротизмы, хотя многие психиатры рассматривают их среди психопатий. Мы разделяем позицию тех специалистов, которые относят истерию и психастению к невротизмам, но считаем также, что их можно рассматривать и в главе психопатий, только с учетом их принципиальных отличий (об этом дальше).

Под невротизмами, с нашей точки зрения, следует понимать группу болезней, возникающих под воздействием различных психотравмирующих (стрессовых) ситуаций различной интенсивности и экстенсивности, в результате которых наступает дисрегулируемость основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, приводящих к образованию отрицательных условно-рефлекторных форм (симптомов), являющихся в определенной совокупности признаками тех или иных нозологических образований. При этом болезни имеют доброкачественное течение, тенденцию к обратному развитию болезненного процесса при современном уровне терапии, но склонны возобновляться при новых психотравмирующих воздействиях. Эти болезненные состояния не имеют своей патанатомической картины и, как правило, не приводят человека к инвалидности. Они также имеют склонность к затяжному течению при продолжающемся действии психотравмирующей ситуации. На основании собственного опыта наблюдения за огромным количеством больных с функциональными признаками, мы полагаем что невротизмы в настоящее время можно классифицировать следующим образом.

Основной группой болезней в классификации невротизмов должны быть, с нашей точки зрения, следующие клинические формы:

1. Неврастения:

- а) неврастения гипостеническая;
- б) неврастения гиперстеническая;
- в) неврастения ипохондрическая;
- г) неврастения депрессивная;
- д) неврастения с навязчивостями;

2. Истерия:

- а) истерия демонстративная;
- б) истерия псевдопаралитическая;
- в) истерия с навязчивостями;

3. Психастения:

- а) психастения тревожно-мнительная;
- б) психастения с навязчивостями;

4. Невротизм навязчивых состояний;

5. Невротизмы ложные или псевдоневротизмы — это группа функциональных болезненных расстройств, причинами которых являются любые другие, не психогенные факторы. Скорее всего, этими факторами являются соматические

заболевания, которые либо сами для больных становятся психотравмирующими, либо они вызывают помимо соматических признаков болезни целый ряд невротических картин. Эта группа неврозов остается малоизученной, что затрудняет классификацию. Мы полагаем, что дальнейшее углубленное изучение этой группы болезней поможет правильно их классифицировать.

Мы также полагаем, что наряду с истерическим и психастеническим неврозом, личностей, наделенных специфическими (истерическими, психастеническими) чертами характера, у которых выявляются только декомпенсационные признаки их состояния, можно отнести в группу психопатий.

Глава 5. Клиника неврозов.

Приступая к характеристике клинических форм неврозов, основное внимание мы направим на описание всех форм, представленных в нашей классификации. Неврозы с навязчивостями мы будем освещать в тесной взаимосвязи с клиникой неврозов, причем некоторые особенности неврозов с навязчивостями будут освещены впервые.

5.1. Неврастения.

Неврастения — это группа заболеваний, вызванных психотравмой. Впервые отдельные ее симптомы описал американский врач G. Beard в 1869 г., а в 1881 г. он дал ей название «неврастения». Он связывал эту болезнь с бурным развитием промышленности в США, где все чаще стали использовать конвейер, и многие люди не могли выдержать такие перегрузки в работе. Автор даже считал неврастению американской болезнью.

G. Beard объединил под этим именем комплекс болезненных явлений, состоящий из повышенной раздражительности, нервности, быстрой утомляемости, головных болей временами с явлениями упорной бессонницы.

Мы считаем неврастению самостоятельной группой болезней, вызванных прежде всего психотравмой, но также длительным недосыпанием, тяжелым и продолжительным умственным трудом, тяжелыми и продолжительными физическими недомоганиями, которые сами становятся психотравмирующими факторами. А.М. Свядоц описывает неврастению у летчиков в период Второй мировой войны, возникшую в связи «с психотравмирующим воздействием опасной для жизни ситуации» на фоне физического напряжения и недосыпания. Последние несколько десятилетий XX века мы наблюдали большое число больных, страдающих неврастением в связи с локальными военными конфликтами в Афганистане и Чечне. Помимо выраженного основного синдрома, свойственного этому заболеванию, раздражительной слабости, были выявлены устойчивые депрессивные и ипохондрические настроения и затяжные агриппнии.

Изучая преморбидные особенности больных неврастением, мы обратили внимание на то, что последние отличаются специфическими конституциональными особенностями. Как правило, это люди астеничные, робкие, несколько застенчивые, инертные, трудно адаптирующиеся к изменениям ситуации, склонные к болезненному реагированию, даже на малейшие неблагоприятные изменения ситуации, в виде раздражительности. Мы такой тип конституции назвали астено-эксплозивным.

Заболевание у этих больных развивается медленно, на первых этапах оно малозаметно даже для самого больного. У пациента прежде всего появляются раздражительная слабость, повышенная возбудимость и быстрая утомляемость. На ранней стадии больные не замечают изменений в своем состоянии, так как в силу характерологических особенностей они и до заболевания склонны были давать эпизоды раздражительности. Но постепенно явления раздражительности проявляются чаще и носят более продолжительный характер. Больных начинают раздражать даже малозначащие для них ранее раздражители; они начинают реагировать на малейшие и даже индифферентные раздражители. Пациенты становятся более вспыльчивыми, крайне раздражительными. Жалуются на то, что их раздражает сильный шум, яркий свет и т.д. Затем в клинической картине больных

неврастенией присоединяются «соматогенные жалобы» на неприятные ощущения в разных частях тела, головные боли, головокружение, шум в ушах, тягостные ощущения в области сердца, желудка и т.д.

В неврологическом статусе отмечается некоторое повышение сухожильных рефлексов, оживление вегетатики в виде сердцебиения, покраснения или побледнения лица, повышенной потливости (особенно лица и рук). У некоторых больных выявляется легкий преходящий тремор пальцев рук и век.

Далее больные начинают предъявлять жалобы на то, что они быстро устают на работе, с трудом начинают справляться со своими служебными обязанностями, в связи со снижением работоспособности. Они не могут длительно сосредоточиваться на своей работе, становятся невнимательными, рассеянными, забывчивыми. Забывчивость их обусловлена не расстройством памяти, хотя больные предъявляют жалобы именно на ее снижение, в то время как оно обусловлено недостаточной фиксацией на отдельных событиях. На фоне всех перечисленных жалоб появляются сетования на колебания настроения. Они хуже себя чувствуют во второй половине дня и вечером; часты чередования от выраженной печали до кратковременной радости; отмечается то снижение аппетита, то появление чувства голода. В половой сфере эрекция наступает быстро, но остается низкой, и эякуляция бывает крайне быстрой и стремительной, что в значительной мере способствует ухудшению общего самочувствия. Больные становятся маловыносливыми. Ожидание для них становится невыносимым. Постепенно ухудшается сон (особенно засыпание), он становится поверхностным. Больные часто просыпаются от кошмарных сновидений или даже от чрезвычайно малозначащих внешних раздражителей. Просыпаются обычно больные по утрам разбитыми, вялыми, не отдохнувшими. Жалуются на тяжесть в голове или на тупые боли в области лба. При волнении головная боль может усиливаться. По данным Б.Д. Карвасарского (1980), при неврастении может наблюдаться «головная боль вазомоторного характера (пульсирующая боль, сопровождающаяся увеличением пульсации в височных артериях, и боль, связанная с напряжением мышц головы и шеи)».

Сознание болезни у больных неврастенией полностью сохранено, и они охотно соглашались на лечение, но при этом никогда не демонстрируют свое состояние, никому кроме врача не рассказывают об этом, даже своим близким. Чаще всего они не могут оценить тяжесть своего состояния. Когда же они расценивают свое состояние как тяжелое, возникает ряд ипохондрических жалоб в виде неприятных ощущений в различных частях тела, которые, по нашему мнению, иногда приобретают характер навязчивых. Часто длительное плохое самочувствие больных поддерживается их фиксацией на психотравмирующей ситуации.

Течение неврастения всецело зависит от характера и силы вызвавшей психотравмы и продолжительности ее действия. При продолжении воздействия психотравмы заболевание приобретает затяжной характер, при ее устранении выздоровление наступает быстрее. Продолжительность заболевания варьирует от нескольких недель до нескольких месяцев. Мы наблюдали случаи более продолжительного течения неврастения, с навязчивостями (об этом ниже). Мы уже писали в главе о классификации неврозов, что **неврастения** проявляется в различных вариантах: гиперстеническая, гипостеническая, ипохондрическая, депрессивная и в виде неврастения с навязчивостями.

Для неврастения гиперстенической, по мнению С.М. Свядоща, характерны «повышенная возбудимость, раздражительность, вспыльчивость, нетерпеливость, аффективная неустойчивость, чувство напряженности, иногда тревоги, повышенная отвлекаемость, рассеянность, торопливость, затруднение засыпания, соматовегетативные расстройства (потливость, тахикардия, неприятные ощущения в области сердца, головные боли, головокружение и т.д.)».

Неврастению гипостеническую С.М. Свядощ характеризует выраженной, выступающей на первый план астенией, повышенной утомляемостью, падением работоспособности, легкой истощаемостью, неустойчивым вниманием, чувством разбитости, отсутствием чувства бодрости после сна, улучшением самочувствия к середине и ухудшением к концу дня. Часто больные жалуются на боли в области сердца, экстрасистолию, сердцебиение, потливость, учащенное мочеиспускание и т.д.

По мнению некоторых авторов, в редких случаях возможен переход одной формы в другую. Мы согласны с авторами, выделяющими депрессивный вариант в самостоятельную форму неврастения (А. Kreindler, 1963).

К этой группе относятся больные, близкие по клинике к неврастению гиперстенической. Однако вся присущая последней симптоматика сглаживается на фоне выраженной депрессии, то есть на передний план выступают эмоциональные изменения по типу экзогенной депрессии с соответствующими суточными ее колебаниями.

Клиника выделенной нами неврастения ипохондрической совпадает с описанной С.М. Свядощем неврастением гипостенической, но в ее симптоматике преобладают ипохондрические построения. Причем ипохондрические симптомы носят стойкий, затяжной, трудно поддающийся терапии характер и иногда переходят в так называемые навязчивые ощущения.

Мы наблюдали больных неврастением с навязчивостями разных сроков давности заболевания (от 1 месяца до 10 лет). В большинстве своем основным этиологическим фактом были психогенные воздействия, иногда острые. Имели значение также предшествовавшие началу действия психической травмы тяжелые условия жизни, например неуставные отношения в армии, некоторые астенизирующие факторы (злоупотребление спиртными напитками, заболевание гриппом, аборт, и т.д.). У одного нашего пациента заболевание возникло под влиянием острой психотравмы на фоне опьянения (больного хотели зарубить топором в одной компании во время пьянки).

Характер психотравмирующих ситуаций варьировал: от волнений на экзамене до ссоры в семье. У одного больного заболевание развилось после ряда серьезных переживаний на работе, связанных с ответственностью за выпуск некачественной продукции. В ряде случаев заболевание развивалось на фоне длительно действующих психотравмирующих моментов, например беременности жены, закончившейся рождением мертвого ребенка, смерти близкого человека, неудачного брака и т.д.

Мы наблюдали также больных неврастением с навязчивостями, причиной заболевания у которых были сочетание нескольких факторов. Так, у некоторых больных в результате длительных переживаний на работе в сочетании со злоупотреблением спиртных напитков без признаков абстиненции наступал срыв нервной деятельности. У одной больной невроз развился после длительных переживаний, связанных с тем, что брат мужа написал анонимно письмо о том, что семья больной, то есть его брата, живет не по средствам, и мужа хотели привлечь к ответственности. После этих переживаний больная заболела холециститом. У другой больной невроз был связан с конфликтами с падчерицей, ревностью мужа, а пусковым механизмом послужил перенесенный «тяжелый грипп».

Преморбидные особенности отличались общей слабостью, повышенной раздражительностью, робостью, застенчивостью, у некоторых больных в детстве отмечались страхи неопределенного характера.

В клинической картине больных неврастением на первый план выступали головные боли («тяжелая и несвежая голова»; «голова как котел»; «виски болят»; «обручем сдавливает голову»; иногда больным было трудно объяснить характер головной боли), боли в области сердца («ноет сердце»), повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, сон плохой (в основном трудное засыпание) и поверхностный. Как правило, навязчивости присоединялись уже на фоне выраженного невроза. Отмечались множественные навязчивости одновременно. Это могли быть навязчивые мысли и действия; иногда появлялись навязчивые страхи. Так у некоторых больных доминировали страхи и мысли о том, что сердце «может разорваться», что может что-либо случиться. Периодически возникал страх смерти, боязнь ездить городским транспортом, оставаться дома одному, боязнь больницы и т.д. У одного больного, у которого отмечались мигание век, появлялось чувство страха — как бы не начали дрожать руки. У многих больных сочетались навязчивые мысли о смерти вообще и навязчивые мысли о смерти от рака мозга, позвоночника; в частности, у некоторых больных отмечалось сочетание страха сойти с ума со страхом смерти. У некоторых пациентов фобия огня, осколков стекла, загрязнения чередовались друг с другом или проявлялись одновременно; отмечались сочетания сифилофобии со страхом сойти с ума; страх перед повешением со страхом упасть в колодец и страхом перед острыми предметами. Также наблюдались случаи сочетания страха сойти с ума со страхом

смерти и страхом заболеть туберкулезом. Почти у всех больных отмечались сниженный фон настроения и резкие его колебания. Как правило, течение неврастении с навязчивостями носило непрерывный характер.

Для иллюстрации приводим истории болезни.

Наблюдение № 1. Больная Г. (история № 501), 42 лет, учительница. Поступила в отделение неврозов 21 мая 1963 г. с жалобами на головные боли (в области лобной доли), повышенную раздражительность, снижение настроения, навязчивые мысли о том, что больна сифилисом, страх сойти с ума, «пугливость».

Анамнез: родилась в крестьянской семье. Отца своего не помнит, так как он оставил семью, когда она была маленьким ребенком; мать — трудолюбивая, выносливая, в молодости спокойная, выдержанная; в последнее время — раздражительная. Больная характеризует себя впечатлительной, обидчивой, застенчивой и робкой. На пятом году жизни упала в яму, где было много лягушек, сильно испугалась. После этого несколько лет подряд часто кричала во сне, видела кошмарные сновидения, легко раздражалась по малейшему поводу, но быстро успокаивалась. В школу пошла с семи лет. Окончила 10 классов, училась хорошо. Была одной из лучших учениц школы. Учеба давалась легко. Дома занималась мало, так как, послушав учителя, могла «дословно пересказать урок». Была мало выносливой, быстро уставала. Но и быстро восстанавливалась. Взаимоотношения со школьниками всегда были теплыми, дружескими. Работать начала с 20 лет в качестве учителя. С 1952 по 1954 год училась заочно в педагогическом институте. Работала всегда много и с большим увлечением. Но быстро уставала. Была усидчивой и трудолюбивой. В своих знаниях была уверена, на экзаменах чувствовала себя спокойно. К новой обстановке привыкала быстро, легко сходилась с людьми.

В течение жизни болела тифом, скарлатиной, воспалением легких, сифилисом. Дважды была замужем. Первый муж погиб на фронте. После войны повторно вышла замуж, но замужество было неудачным, муж злоупотреблял спиртными напитками, был груб в обращении с больной, однажды заразил больную сифилисом. Очень тяжело пережила этот «позор». Вынуждена была развестись с мужем. Менструации с 14 лет, регулярные, безболезненные. Имела 11 беременностей, 10 из которых закончились абортom, и одна закончилась нормальными родами. Имеет дочь.

Считает себя больной с января 1963 года. Заболеванию предшествовали длительные переживания, связанные с «неудачным замужеством», перенесенным сифилисом, разводом, переживаниями на работе и напряженной работой. Заболевание развивалось постепенно. Появились головные боли, раздражительность, зуд и боль в ушах. Обратилась к отоларингологу, который диагностировал «простудное заболевание ушей» и назначил соответствующее лечение. Несмотря на проводимое лечение, боль в ушах продолжала нарастать, «казалось, что в ушах открылись язвы», резко усилилась раздражительность, ухудшился сон. Обратилась к районному врачу, который после тщательного осмотра как-то «пристально» посмотрел на больную и долго молчал, «не произнося ни слова». «В голове» быстрее молнии мелькнула мысль, что вернулась старая болезнь (сифилис), охватило чувство страха. С тех пор эти мысли не покидали больную. Усилилась раздражительность, перестала спать по ночам, снизилось настроение, усилились головные боли, появилось множество неприятных ощущений в голове. Обратилась к врачам кожно-венерологического диспансера; была госпитализирована для обследования. Все анализы на выявление сифилиса оказались отрицательными, но, несмотря на это, мысли о сифилисе не покидали больную. Течение их носило волнообразный характер: они то затухали, то обострялись. Их обострение было обусловлено ухудшением физического состояния здоровья. Вскоре начало казаться, что у нее появляются странности в поведении, и решила, что сходит с ума. Обратилась к психиатру и была направлена в больницу.

Соматический статус: среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Внутренние органы без патологии; анализы мочи и крови — без отклонений от нормы. Реакция Вассермана в крови — отрицательная. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту.

Неврологический статус: знаков органического поражения центральной нервной системы не выявлено.

Психическое состояние: сознание ясное, ориентировка всех видов сохранена. Поведение в отделении формально правильное. Читает художественную литературу, мало общительна. Жалуется на головные боли ноющего характера, повышенную раздражительность, навязчивые мысли о сифилисе. Фиксирована постоянно на неприятных ощущениях в голове. Боится по вечерам закрывать глаза, так как боится, что при этом может сойти с ума, Критически оценивает свое состояние, тяготеет к своим самочувствием. Фон настроения снижен. Эмоционально неустойчивая, раздражительная, временами плаксива. Не верит в свое выздоровление. Плохо спит по ночам. Аппетит снижен.

Диагноз: Неврастения с навязчивостями.

После проведенного медикаментозного лечения и психотерапии навязчивые мысли постепенно угасали. Вначале исчезла боязнь сойти с ума, а затем навязчивые мысли о сифилисе. Выровнялось настроение, стала значительно спокойней, активней, начала общаться с окружающими людьми, нормализовался сон. Выписана домой в хорошем состоянии.

Собранные нами катamnестические сведения через несколько лет после лечения показали, что больная чувствует себя хорошо, продолжает работать по специальности, навязчивые мысли о сифилисе полностью оставили больную. Когда вспоминает о них активно, мысли ее не тревожат. Иногда после напряженной работы появляется кратковременная головная боль и ухудшается сон.

Наблюдение № 2. Больная Х. (история болезни № 730), 36 лет, швея. Поступила в отделение неврозов 29 июля 1963 года с жалобами на неприятные ощущения в теле, повышенную раздражительность, приступы, во время которых «как будто бы что-то отрывается в животе и чувство жара проходит по всему телу», страх смерти, снижение настроения, плохой аппетит и сон; кошмарные сновидения.

Данные анамнеза: родилась в семье рабочего первой по счету. Отец был добрым, ласковым, много внимания уделял детям. Мать — нервная, грубая. Больная по характеру всегда была впечатлительной, плаксивой, раздражительной, но в то же время смелой, «была мальчишек и проказничала». Каких-либо страхов в детстве не испытывала. В годы войны спокойно относилась к бомбежкам. В школу пошла в 8 лет. Окончила 7 классов. Учеба давалась с трудом, особенно математика. Большого желания учиться не имела и потому мало внимания уделяла урокам; готовила уроки в «последние минуты». Взаимоотношения с товарищами в школе были хорошими. В годы Великой Отечественной войны жила на оккупированной территории. Работала разнорабочей на хлебозаводе. В 1946 г. вышла замуж и длительное время нигде не работала. Затем устроилась на фабрику швеей. Была трудолюбивой, маловыносливой, уставала на работе. Взаимоотношения с сотрудниками всегда были хорошими, не конфликтовала. В трудных ситуациях не терялась, но всегда переносила их тяжело, становилась раздражительной.

Болела корью, ангиной. Менструации с 17 лет, регулярные, безболезненные. Замужем. После родов месячные нормализовались. Имела 19 беременностей, из которых 17 аборт и двое родов. Взаимоотношения с мужем хорошие. Половая жизнь с 18 лет в браке.

Заболела в июне 1962 года, после перенесенного очередного тяжелого аборта, во время которого потеряла много крови. После этого длительное время отмечалась общая слабость, снизился аппетит, потеряла в весе, появилась раздражительность, снизилось настроение, ухудшился сон, продолжала работать на стройке. Сильно уставала. Приходилось поднимать тяжести. Однажды, 13 мая 1963 года, после очередного подъема тяжести почувствовала, что в животе «как будто, что-то оборвалось». Охватило чувство страха смерти. Такое состояние продолжалось около часа. Затем несколько успокоилась и продолжила свою работу. Через 2 недели аналогичное состояние повторилось. Перестала спать по ночам, усилилась раздражительность, возобновился страх смерти. Обратилась в больницу, где врач сказал больной, что у нее «сердце не в порядке». Начала волноваться за свое сердце, усилился страх смерти. Он стал постоянным. Ушла в отпуск, но состояние оставалось плохим. Начало «бросать в жар», «тело немело», настроение снизилось, хуже стала есть, усилилась раздражительность, плохо стала спать по ночам. По выходе на работу с трудом справлялась с ней. В таком состоянии была направлена в отделение неврозов.

Соматический статус: среднего роста, правильного телосложения, умеренного питания. Внутренние органы без патологии. В анализах крови и мочи отклонений от нормы не выявлено. АД — 110/70; пульс 68 ударов в минуту.

Неврологический статус: признаков органического поражения центральной нервной системы не выявлено.

Психическое состояние: сознание ясное. Ориентирована во времени и пространстве. Поведение в отделении правильное. В меру общительная, читает художественную литературу. Жалуется на навязчивые мысли о смерти, сопровождаемые чувством страха. Все время фиксирует свое внимание на неприятных ощущениях в области сердца, животе, на ощущениях пробегания тока по всему телу. Относится критически к своему состоянию. Просит избавить ее от чувства страха и неприятных ощущений в теле.

Эмоционально неустойчивая, раздражительная. Настроение пониженное, по экзогенному типу, много плачет.

Диагноз: Неврастения с навязчивостями.

В процессе проведенного медикаментозного лечения и психотерапии постепенно навязчивый страх угас, исчезли неприятные ощущения в теле, выровнялось настроение, стала спокойней, улучшился ночной сон. В хорошем состоянии выписана домой.

По данным катамнеза через 6 месяцев после лечения навязчивый страх смерти больше не беспокоит больную, общее самочувствие остается стабильным, настроение ровное, продолжает успешно работать.

В преморбиде этих двух больных обнаружены черты общей астенизации, робости, застенчивости, повышенной впечатлительности, обидчивости, легкой плаксивости; с другой стороны — эти больные трудолюбивые, смелые, но легко возбудимые. Все это подчеркивает их принадлежность к астено-эксплозивным типологическим личностным особенностям.

Анализ причин, вызвавших заболевание, показывает их неоднородность. В одном случае явно просматривается длительно существующая психотравмирующая ситуация; во втором случае — причиной заболевания явился аборт, сопровождавшийся кровотечением. Потеря большого количества крови, общая слабость, частые ссоры с мужем явились для нее психотравмирующей ситуацией, вслед за которой на фоне выраженных симптомов неврастения развился навязчивый страх.

В обоих случаях навязчивый симптомокомплекс появляется уже на фоне выраженных основных симптомов неврастения.

Под влиянием психотерапевтического воздействия происходит обратное развитие болезненного состояния. Вначале угасают навязчивости, затем исчезают основные симптомы неврастения. В обоих случаях лечение оказалось высокоэффективным.

5.2. Психастения.

Психастения — это та форма невроза, которая развивается под влиянием психотравмирующей ситуации на фоне тревожно-мнительного характера.

Р. Janet (1911) объединил понятия: болезненные сомнения, бесплодные мудрствования, навязчивые состояния и боязнь навязчивых представлений и описал новый невроз, который он назвал психастенией. Он дал очень тонкое описание клинических особенностей больных психастенией, считая, что душевная жизнь психастеников характеризуется понижением психического напряжения, что, по его мнению, сближает ее с состоянием утомления или сна. По мнению Р. Janet, психастеникам свойственно отсутствие решимости, волевой активности, отсутствие уверенности и внимания; у них «потеряны функции реального». Психические функции у этих больных не расстроены, особенно в процессах, относящихся к отвлеченному или воображаемому; они расстраиваются только тогда, когда речь идет о действиях, относящихся к конкретной и настоящей реальности. Благодаря потере «чувства реального» возникают постоянные колебания и сомнения, а также бесплодные и бесконечные копания в одних и тех же вопросах, своего рода «умственная жвачка». В

поведении психастеников обнаруживается нерешительность, а иногда и полная невозможность совершить те или иные действия, особенно в присутствии других (социальная абулия). Они всегда недовольны собой, застенчивы, стараются избегать всяких усилий, так как последние влекут за собой тягостные волнения и тоскливость. Р. Janet сводит психастенические стигматы к трем важнейшим:

- незаконченности и неполноты психических операций;
- понижению или потере чувства реального;
- физиологическим симптомам нервного истощения, идущим параллельно с поражением психической активности.

По мнению Р. Janet, понижение психического напряжения может обуславливаться нарушениями кровообращения и питания мозга.

Независимо от Р. Janet, П.Б. Ганнушкин (1907) описал психастенический характер, считая основными чертами его крайнюю нерешительность, постоянную склонность к «сомнениям». Особенно они впечатлительны, — пишет П.Б. Ганнушкин, — ко всему тому, что может с ними случиться. Психастеники, по мнению автора, живут не настоящим, а прошлым и будущим. Всякая мелочь, всякий пустяк заставляют думать психастеников. Всякое незнакомое дело, всякая инициатива является для него источником мучения. Психастеник, по мнению П.Б. Ганнушкина, обыкновенно ипохондрик. Постоянная тревога, опасения, беспокойство — вот, что наполняет жизнь психастеников. Всякие ожидания для психастеника крайне мучительны. Вот почему, несмотря на свою обычную нерешительность, психастеник иногда оказывается настойчивым и даже нетерпеливым. Психастеник — «это тот характер, который бросается вперед с закрытыми глазами». Психастеник очень конфузлив и постоянно стесняется. Он недоверчив, подозрителен (печален, мечтатель и фантазер). Ему нужна упрощенная жизнь, тепличные условия. Он — скептик. Для психастеника характерна склонность к самоанализу. Психастеник предается всевозможным размышлениям часто отвлеченного характера.

Одним из постоянных компонентов психастенического характера являются навязчивые идеи — важный симптом психастении. Хотя мы наблюдали больных психастенией, в клинической картине которых превалировали заостренные черты их характера, колебания настроения, расстройства сна, но без каких-либо навязчивостей. Такую форму болезни мы называли психастения тревожно-мнительная.

С.А. Суханов (1902) под психастенией понимал своеобразный психоневроз, аналогичный истерии, с богатой и разнообразной по внешним проявлениям клинической картиной, в которую входят навязчивые влечения и побуждения, навязчивые движения и т.д., такие патологические процессы, которые протекают в поле ясного сознания и воспринимаются самим больным как нечто ему чуждое, постороннее, паразитарное к его собственному «я». Очень удачно С.А. Суханов назвал характер психастеника «тревожно-мнительным».

П.Б. Ганнушкин и С.А. Суханов (1902) отмечают, что весьма часто у лиц, склонных к навязчивым мыслям, отмечается страх заболеть психическим заболеванием.

В.П. Осипов (1923) относил психастению к группе прирожденных психастенических состояний, М.О. Гуревич (1949) — к группе психопатий. Д.С. Озерцовский (1950) считал, что психастению не следует относить к неврозам. Как указывал О.В. Кербиков (1955), психастения может существовать как в форме реактивного состояния, так и в форме психопатии. А.А. Портнов и Д.Д. Федотов (1957), признавая самостоятельность невроза навязчивых состояний, относил психастению к разделу психопатий. По В.Н. Мясищеву (1958) психастения — это невроз развития.

Н.М. Асатиани (1963) считал, что одним из самых важных проявлений психастении является динамичность симптоматики, обуславливающая состояние субкомпенсации, компенсации и декомпенсации. Кроме того, автор отмечает, что при психастении имеют место ритуалы защиты символического характера и навязчивые представления; последние, с точки зрения автора, являются проявлением завершающего этапа в поступательном развитии синдрома навязчивых страхов.

Необходимо подчеркнуть, что многие авторы, давая клиническую характеристику психастении, стремятся подвести под нее физиологическую базу.

По мнению Е.А. Попова (1940), в основе навязчивых сомнений, а также таких черт характера психастеников, как нерешительность, мнительность, неуверенность, лежит нарушение индукционных отношений. При этом один очаг не в состоянии затормозить другой, конкурирующий с ним. Л.Б. Гаккель (1956) подчеркнул, что для психастеников характерна инертность нервных процессов. Отсюда склонность к возникновению патологически прочных условных связей и таких черт характера, как рутинерство, педантизм, боязнь нового. А.Г. Иванов-Смоленский (1925) в своих исследованиях показал, что у психастеников снижаются процесс сосредоточения, работоспособность и быстро нарастает утомляемость. А.М. Свядоц (1954) обнаружил у психастеников в отличие от больных неврозом навязчивых состояний, затруднения при смене деятельности. В.Н. Мясищев и Е.К. Яковлева (1955) отмечали, что при психастении на первый план выступают характерологические особенности, развивающиеся на фоне слабого типа с преобладанием второй сигнальной системы.

По вопросу, касающемуся особенностей возникновения и течения психастении, нет единства мнений. Большинство авторов причиной возникновения психастении считают психогению. Некоторые к пусковым механизмам относят другие факторы. Так, А.Е. Щербак (1927) считал, что причиной психастении является переутомление. В.К. Хорошко (1943) отмечал, что у женщин навязчивости начинаются в период полового созревания, и часто в период климакса.

Течение психастении, по наблюдениям R. Krafft-Ebing (1897), сопровождается временными «ослаблениями и ожесточениями».

П.Б. Ганнушкин и С.А. Суханов (1902) считали характерным для течения болезни преобладание навязчивых идей с колебаниями их интенсивности: то навязчивая мысль сильно беспокоит больного, то слабее, то они обильны, то незначительны. По П.Б. Ганнушкину (1913), эмотивно-лабильные астеники под влиянием психотравмирующих моментов могут давать особое патологическое развитие личности, характеризующееся выявлением навязчивостей. Т.И. Юдин (1913) считал, что навязчивости могут возникать эпизодически, являться особенностью личности, развиваться в связи с психоневротическим процессом. В.М. Бехтерев и Р.Я. Голант (1927) различали хроническое течение психастении, затяжное или в виде приступов различной длительности. А.Н. Молохов (1937) отмечал в течении психастении более или менее длительные обострения, возникающие в связи с жизненными затруднениями или иногда в связи с соматическими истощениями. Х.Г. Ходос (1947) подчеркивал, что психастения характеризуется неровным течением и большими колебаниями.

Мы наблюдали больных психастенией, которые по своим преморбидным качествам соответствовали тревожно-мнительной конституции, всесторонне описанной Р. Janet, П.Б. Ганнушкиным и С.А. Сухановым. Нам больше всего импонирует определение этих типологических особенностей как тревожно-мнительных. Эти особенности, по нашему мнению, носят врожденный характер. Они характеризуются своеобразной психической слабостью и недостаточностью. Речь идет о людях нерешительных, неуверенных в себе и своих силах; они постоянно колеблются, полны сомнений, их пугает каждая новая ситуация. Трудности, с которыми они сталкиваются, кажутся им огромными, превосходящими их силы. Они долго колеблются, прежде чем принять решение, часто передумывают, но нередко, приняв решение, тотчас стремятся привести задуманное в исполнение, именно для того, чтобы закрыть себе дорогу для нового раздумывания. Поэтому естественно, что они постоянно должны проверять правильность своих действий, не доверяют своей памяти, делают различные заметки, наводят разного рода справки.

Все описанные выше качества характерны для здорового человека, обладающего специфическими врожденными тревожно-мнительными чертами. По нашему мнению, под влиянием психических переживаний эти особенности могут усилиться и приобрести характер болезненных. И только тогда больные обращаются к врачу. При этом они пишут большое количество записок, в которых они перечисляют свои жалобы, чтобы не упустить чего-либо важного. Всякий интеллектуальный процесс, даже не очень сложный, для них необычайно затруднителен именно потому, что они ни к чему не могут отнестись, не раздумывая, особенно к мелочам, и проявляют излишнюю скрупулезность, серьезность и добросовестность в таких вещах, которые того не требуют. То, что обыкновенному человеку дается легко и просто, почти

автоматически, психастенику — ценой долгих и мучительных размышлений (психастеническая дезавтоматизация).

П. Жанэ принадлежит несколько важных замечаний о некоторых существенных сторонах психастенического мышления, для которого характерны общее снижение психического тонуса, а также неполнота, незавершенность, что переживается психастеником субъективно, притом иногда очень мучительно. Сильно выражено также и чувство внутреннего напряжения и несвободы. Все эти особенности свидетельствуют, с одной стороны, о гипертрофии интеллектуальных моментов в психастенической психологии, с другой стороны — о ее известной эгоцентричности. В отличие от здорового человека интеллектуальное функционирование психастеника не находит адекватного выражения в двигательных актах и вообще не выявляет себя вовне и остается самодовлеющим, ограниченным в каком-то замкнутом круге. В связи с этим очень характерное для психастеника явление — утрата чувства реального. Окружающая действительность воспринимается им в форме бледных, лишенных плоти и крови образов. Описанным особенностям психики, которые по существу являются врожденными, соответствуют и своеобразные черты соматического сложения, которые до известной степени аналогичны таковым при эндогенной нервноности, однако здесь еще меньше можно говорить о каком-нибудь определенном типе; обычно преобладают астенические, иногда диспластические черты. Часто обращает на себя внимание недостаточно развитая моторика. Непропорциональное, негармоническое сложение усугубляется неуклюжестью, неловкостью движений. Отмечаются специфические особенности речи, ее неровность, частые остановки, отсутствие закругленности и грамматическая неправильность, нередко конец фразы не соответствует и ее началу. Отмечается слабый голос и не вполне совершенная артикуляция. Описанное выше психическое и физическое состояние психастеников кажется тяжелыми. Однако его обычно удается выявить только тогда, когда на фоне психастенических либо тревожно-мнительных особенностей возникают патологические состояния. Сам больной отмечает, что все эти особенности его не беспокоят. С нашей точки зрения психастения — это нормальный специфический тип личности, слабый тип, с выраженными тревожно-мнительными чертами. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что под влиянием тяжелых переживаний у людей с описанными выше характерологическими особенностями могут возникнуть две разновидности неврозов: психастения тревожно-мнительная и психастения с навязчивостями.

Первая форма — **психастения тревожно-мнительная** — встречается реже и проявляется прежде всего заострением характерологических черт, принимающих иногда гротескный характер и становящихся тягостными для больных. Снижается настроение до выраженных форм депрессии, протекающих по экзогенному типу; нарушается сон: больные быстро засыпают, но часто просыпаются, у них бывают кошмарные сновидения. Эта категория больных редко обращается к врачу.

Вторая форма — **психастения с навязчивостями** — встречается чаще и по сути отличается от первой тем, что на фоне заостренных черт тревожно-мнительного характера, под влиянием дополнительных психотравмирующих моментов появляются навязчивые состояния. Некоторые авторы считают эти две формы фазами одного и того же заболевания. Именно эта группа больных и становится нашими пациентами.

Анализ причин, вызвавших развитие психастении с навязчивостями, свидетельствует о том, что чаще всего болезнь проявлялась под воздействием хронических психотравмирующих влияний: длительных конфликтных отношений между родными, неприятностей на работе. Иногда пусковым механизмом к развитию невроза являлась острая психотравма, наслаивающаяся на хроническую. В одном случае больная находилась во время бомбежки в закрытом, переполненном людьми вагоне, из которого она не могла выбраться, в связи с чем и возникла фобия. В другом случае — внезапная смерть сослуживца на глазах у больного явилась последней каплей, переполнившей чашу терпения, и вызвала неприятные ощущения в области сердца с последующим страхом смерти.

Изучение преморбидных особенностей больных психастенией с навязчивостями выявило у всех без исключения черты тревожно-мнительного характера: выраженная застенчивость, мнительность и робость. Большинство больных были склонны к постоянным сомнениям, самокопанию и самоанализу. Для них характерны малая

выносливость и быстрая утомляемость; пребывание в новой обстановке вызывало у некоторых больных напряженность, растерянность, неуверенность в себе.

Выраженная мнительность способствовала тому, что больные начинали контролировать свои действия (закрыта ли дверь, погашен ли свет, закрыта ли заслонка печи и т.д.). У некоторых больных выявлялась трусливость, не связанная с внешними обстоятельствами; любая новизна вызывала сильное волнение, отмечались малая выносливость и быстрая утомляемость.

Мы наблюдали больных, в клинической картине которых на фоне заострившихся черт тревожно-мнительного характера развивались различные навязчивости. В большинстве своем они носили множественный характер. Так, навязчивые мысли сочетались с навязчивыми действиями; страх закрытых помещений с навязчивым желанием постоянно проверять не оставлен ли где-то хлорамин; возникающие постоянно мысли о том, что больной «лишний» человек, сочетались с постоянным самоанализом и самоконтролем по поводу правильности проведенной работы. Страх смерти сочетался с желанием при стоянии опираться на что-либо. Боязнь загрязнения или заражения сочеталась с непреодолимым желанием без конца мыть руки и т.д. Фон настроения, как правило, был снижен, отмечалось его колебание по экзогенному типу. Больные жаловались на плохой сон, у некоторых проявлялись ипохондричность, фиксация внимания на неприятных ощущениях в области сердца, головы. Многие больные жаловались на головные боли, «толчки в голову», «сжатия в голове», чувство пустоты в голове, жжения и тепла в различных частях тела, «вибрацию сердца» и т.д. Кроме того, некоторые больные жаловались на общую слабость, быструю утомляемость, сниженную работоспособность, чувство собственной недостаточности и неполноценности и др.

Течение психастении носило в основном непрерывный характер, но под влиянием дополнительных психотравмирующих ситуаций болезненное состояние усугублялось в связи с появлением новых навязчивостей, которые наслаивались на старые.

Для иллюстрации приводим истории болезни.

Наблюдение № 3. **Больной С.**, 25 лет, разнорабочий, поступил в отделение неврозов больницы имени Мечникова г. Днепропетровска 3 мая 1962 г. по поводу множества разнообразных навязчивостей: какой у него была последняя мысль до того, как появились первые навязчивости; о чем думал, когда проходил мимо какого-либо дома; постоянное желание возвращаться в те места, где вынимал из кармана носовой платок, и проверять, не выпало ли что-нибудь из кармана; закрыл ли дверь дома, уходя на работу, или оставил ее открытой. Во время «наплыва» навязчивых мыслей становится раздражительным, снижаются настроение и работоспособность, чувствует себя утомленным. Постоянно ведет борьбу с навязчивостями, но это не только не приносит облегчение, но способствует ухудшению настроения.

В анамнезе: родился в семье служащего первым по счету. Отец — инженер, суровый деспотичный, грубо обращался с детьми. Мать — домохозяйка, очень мнительная «до неподобства», впечатлительная, болезненная. Больной воспитывался у бабки и деда, которые его очень опекали, «не давая ему никакой самостоятельности». В детстве был мнительным, нерешительным. Ко всему новому относился настороженно, всегда во всем сомневался. В старших классах школы «стал более смелым, во время службы в армии из кожи лез вон, чтобы казаться смелым человеком».

В школу пошел в 7 лет. Учеба давалась легко, много внимания уделял учебе, всегда хотел показать себя с хорошей стороны. В связи с тем что никакого режима и систематичности в учебе не соблюдал, успеваемость была неровная. Как отмечал больной, «читал много, но не то, что нужно». Был замкнут, так как родители «ограждали от плохих друзей и всех изгоняли из дома». Больше дружил с мальчиками, девочек стеснялся, в общении с ними чувствовал себя напряженно. После окончания школы был призван на военную службу. После демобилизации непродолжительное время работал кочегаром, а затем поступил в химико-технологический техникум. Учеба давалась с трудом, вынужден был оставить ее и поступил на работу в качестве разнорабочего на радиозавод. На работе появились мелкие стычки с сослуживцами, на которые болезненно реагировал, «готов был всегда извиниться первым». Старался много работать, но быстро уставал. На занятиях по политехучебе всегда сомневался, хорошо ли подготовился к занятиям, хотя дома занимался долго и упорно. Перед занятиями сильно волновался. В ситуациях,

требующих терпения и выдержки, не мог владеть собой, становился несобранным, неорганизованным. С трудом приспосабливался к новой обстановке, людям. Всегда трудно было переключаться от одних мыслей и впечатлений к другим. Болел часто простудными заболеваниями; в 1954 г. перенес тонзилэктомию. Вредные привычки не имеет, холост.

Считает себя больным с 1956 г. В то время служил в армии. Сама по себе служба была для больного тяжелой, изнуряющей. Чтобы сослуживцы не заподозрили его в том, что он тяжело переносит службу, «старался из всех сил». Начал быстро уставать, ухудшился сон; иногда мог всю ночь напролет бодрствовать, а с утра вынужден был продолжать несение своих армейских обязанностей. В это время получал письма от родителей, которые его все время ругали и требовали, чтобы он после службы в армии пошел учиться в институт.

Служба в армии была особенно тяжелой в связи с тем, что находился на спецрежиме. Однажды, выполняя боевое задание, не спал несколько ночей, очень устал, положил секретную карту в карман, а затем не мог вспомнить, куда ее положил. Долго ее искал, нервничал, переживал, боялся суда. Через довольно продолжительное время карту он все же нашел, но вскоре появился страх перед тем, как бы не потерять ее вновь. При выполнении следующих заданий испытывал «общее напряжение». Начал постоянно оглядываться назад, казалось, «что что-то потерял». Затем начало казаться, что что-то «прилипло к одежде». Потом появилось желание стряхивать «что-то с одежды». Возникли навязчивые мысли о том, «как бы чего не случилось», был постоянно насторожен, испытывал страхи неопределенного содержания. Понимал, что заболел, но тщательно скрывал это от окружающих. За медицинской помощью не обращался. После демобилизации симптоматика заболевания несколько ослабла, но полностью не исчезла. Напряженно готовился к экзаменам в техникум и работал. В 1960 г. поступил в техникум, и вскоре навязчивости усилились. Стал более неуверен в себе, появились «рассеянность и крайняя невнимательность». Усилились навязчивые сомнения: куда положил какую-то вещь, выучил ли он основательно тот или иной предмет и готов ли правильно ответить на любой вопрос. Стал «рассеянным», «невнимательным». Навязчивые мысли стали раздражать больного и отвлекать его от учебы. Болезненно переживал свое состояние, но об этом никому не говорил. Летом 1961 года впервые обратился к врачу и был направлен в психоневрологический диспансер на стационарное лечение. После проведенного лечения гипогликемическими дозами инсулина состояние несколько улучшилось, но все же после лечения продолжить учебу в техникуме не мог, был вынужден оставить учебу, но продолжал работать. Родители настаивали на продолжении учебы, называли его «лентяем», но он не мог им объяснить, почему не в состоянии учиться. Вновь возобновились прежние навязчивые мысли, которые постепенно усиливались, стал более раздражительным, вспыльчивым, постепенно нарастала неуверенность в себе, снизилось настроение, обострились навязчивости. Был госпитализирован в отделение неврозов.

В психическом статусе: жалуется на наличие множества навязчивых мыслей и действий, с которыми ведет упорную борьбу до изнеможения. «Во всем стал сомневаться». Фон настроения снижен; постоянно и мучительно задумывается над своим «положением в жизни». Бесперывно со своей одежды что-то стряхивает. После утреннего туалета возвращается по несколько раз в ванную, проверяет, не забыл ли что-либо там. Постоянно анализирует свои поступки, «правильно ли сделал, правильно ли сказал, правильно ли ответил», и т.д. Критически оценивает свое состояние, просит помочь ему освободиться от навязчивостей. Расстройств интеллектуальной деятельности не обнаруживает. Эмоционально неустойчив, раздражителен. Настроение колеблется от легкого снижения до выраженной депрессии. Мышление несколько замедленное, речь монотонная, дополняется выразительной жестикуляцией. Поведение в отделении правильное. В меру общителен, принимает участие в настольных играх, читает художественную литературу, но всегда несколько напряжен в связи с тем, что пытается, скрыть от окружающих свои болезненные переживания.

В соматоневрологическом статусе: среднего роста, астенического телосложения, умеренного питания. Внутренние органы без патологии. В неврологическом статусе легкая недостаточность конвергенции справа, стойкий красный дермографизм. Сухожильные рефлексы оживлены.

Под влиянием проведенного психотерапевтического и медикаментозного лечения начали угасать навязчивости в обратной последовательности по отношению к их развитию. Вначале исчезли те навязчивости, которые возникли в последнее время, а затем исчезли и стряхивания с одежды предметов, он перестал возвращаться в те места, где что-либо оставил и т.д. Стал более сосредоточенным, исчезло общее напряжение, выровнялось настроение. Выписался из отделения в хорошем состоянии.

Полученные нами катamnестические сведения через 1,5 года после лечения позволяют говорить, что свое состояние в целом больной оценивал как хорошее. После выписки из больницы он продолжал работать электриком, поступил учиться в университет, наладились отношения с родителями. Прежние навязчивые мысли, действия и страхи не беспокоили его. Жизненные трудности способствовали кратковременному заострению характерологических черт, но на непродолжительное время.

Данный невроз возник у личности с тревожно-мнительным характером под влиянием различных жизненных трудностей, которые суммировались, наслаивались одна на другую. Он всегда, попадая в трудные ситуации, становился неорганизованным, растерянным, плохо приспосабливался к новым ситуациям, к людям. Отмечалась затрудненная переключаемость от одних мыслей и впечатлений на другие. Все это можно объяснить тем, что основные нервные процессы (тормозной и возбуждательный) были ослаблены и инертны при попадании больного в экстремальные условия. Перенапряжение основных нервных процессов, приводило к образованию разнообразных навязчивостей, которые нами трактовались как отрицательные условно-рефлекторные образования.

Болезненные симптомы у нашего пациента можно разбить на две группы: к первой группе можно отнести симптомы, связанные с заострением его характерологических особенностей. Сюда относятся постоянные сомнения относительно своих действий, мыслей (правильно ли выполнил задание, закрыл ли дверь квартиры, о чем думал, когда проходил около какого-то дома, и т.д.). Ко второй группе болезненных расстройств относятся навязчивости: навязчивый страх (не потерял ли чего-либо), навязчивые действия (необходимость возвращаться в те места, где вытаскивал платок и мог что-либо уронить из кармана и т.п.).

Длительные отрицательные условно-рефлекторные образования обуславливали устойчивое чувство напряжения больного, заострение его характерологических черт, нарастание множества навязчивостей. Все это возникало благодаря длительным психотравмирующим переживаниям в жизни больного, связанным и с тяжелыми условиями в семье, службой в армии, где потерял секретную карту и мог попасть под трибунал.

Течение заболевания характеризовалось заострением тревожно-мнительных черт характера, на фоне которых наступали периодические обострения с появлением в клинической картине заболевания каждый раз новых навязчивостей. При усложнении навязчивостей фон настроения снижался до выраженных депрессий.

Наблюдение № 4. Больная К., 31 год, домохозяйка. Поступила в психоневрологический диспансер 12 апреля 1960 г. с жалобами на чувство брезгливости и боязнь прикоснуться к людям, которые, по мнению больной, могут болеть «заразными заболеваниями», непреодолимую потребность без конца мыть руки, «кажется, что руки всегда грязные», постоянное чувство тошноты, головные боли, при волнении жжение в левой половине тела, подавленное настроение.

В анамнезе: родилась в крестьянской семье седьмой по счету. Отец — колхозник, был спокойным, уравновешенным, добрым; умер от дистрофии; мать — мнительная. Себя больная характеризует «неспокойной». С детства всегда была «не уверенной в себе», «постоянно проверяла свои действия». Никогда не могла уснуть до тех пор, «пока не проверит, закрыта ли дверь, закрыта ли печная труба заслонкой и т.д.». Отличалась робким, застенчивым характером, была трусливой, мнительной, брезгливой.

В школу пошла семи лет. Окончила 7 классов. Учеба давалась с трудом, училась посредственно. Легче давались точные науки, тяжелей — гуманитарные (литература и история). Много времени тратила на подготовку уроков, всегда уставала, времени на отдых не хватало. К концу дня чувствовала себя очень усталой. В школе была раздражительной, вспыльчивой, часто ссорилась с подругами. После ссоры долго не

могла успокоиться; вынуждена была сама идти на примирение, «чтобы снять с себя напряжение». Старалась первой извиниться, хотя не была виноватой. Больше дружила с девочками, но не пренебрегала обществом мальчиков. После окончания школы начала работать счетоводом в школе, затем пионервожатой. В 1949 г. вышла замуж, не работала в течение 5 лет. С 1954 по 1955 г. работала буфетчицей, но в связи с болезнью уволилась. Взаимоотношения с людьми всегда были хорошими. Много и с удовольствием работала, но быстро уставала, была мало выносливой, но упорной и настойчивой. Не могла успокоиться до тех пор, пока какое-либо начатое дело не доводила до конца. Постоянно все свои действия подвергала сомнениям, по многу раз проверяла то или иное действие. В своих знаниях никогда не была уверенной. Любое переживание надолго оставалось в сознании: длительное время не могла забыть смерть сестры. В новой обстановке чувствовала себя неуверенно, напряженно. Когда работала буфетчицей, много раз проверяла кассу, «не доверяла сама себе». Болезненно относилась к смене своих мыслей и впечатлений. Очень переживала, когда отменялось какое-либо заранее намеченное мероприятие.

Сон всегда был тревожный, с трудом засыпала и медленно пробуждалась по утрам. Отмечались частые сновидения, вплоть до кошмарных.

В брак вступила в 21 год; была одна беременность, закончившаяся тяжелыми родами. Имеет дочь, взаимоотношения с мужем хорошие. Менструации с 15 лет, регулярные, безболезненные. Последние несколько лет перед менструацией появляются головные боли. Половая жизнь с 21 года, в браке. Либи́до повышено; всегда получает удовлетворение в половой жизни. В 1933 г. перенесла дистрофию (голодала семья).

Заболела в 1950 г. Заболевание развивалось постепенно. После тяжелых родов несколько дней находилась в бессознательном состоянии. «Когда пришла в себя, появилась неприятная тошнота». Ощущение тошноты держалось продолжительное время, и постепенно развилось чувство брезгливости. Начала более тщательно мыть руки, но первоначально к мытью рук относилась спокойно. Особенно усилилось чувство брезгливости после переживаний на работе. Больная тогда работала кассиром, и у нее обнаружилась большая недостача. Хотели привлечь к судебной ответственности, даже завели на нее «дело». Но виновника кражи вскоре обнаружили, и больная как бы успокоилась. Однако стала дольше мыть руки и это уже стало раздражать больную. Пыталась воздерживаться от частого мытья рук, но не могла «справиться с собой», из-за появляющегося в это время сильного напряжения. Вынуждена была уволиться с работы. Однажды дома резала капусту и в это время к столу подошла дочь. Больная попросила ее отойти от стола, «чтобы не порезать ее ножом». В это время появилась навязчивая мысль: «А вдруг не удержусь и действительно ударю дочь ножом» Охватило сильное чувство страха, бросила на стол нож и убежала из кухни. С тех пор страх перед острыми предметами охватывал ее каждый раз во время еды. Старалась острые предметы в руки не брать, особенно тогда, когда рядом находилась дочь. Мысли о «загрязнении отошли на задний план, о них как-то забыла». Плохое самочувствие продолжалось несколько месяцев.

Однажды к больной домой пришла соседка и рассказала, что ее сторонятся все соседи в связи с тем, что она больна открытой формой туберкулеза. Больная, выслушав это сообщение, с трудом сдержала себя. Но когда соседка ушла к себе домой, испытала сильный страх перед возможностью заболеть туберкулезом. Стул, на котором сидела соседка, в ярости выбросила на улицу. Боялась прикасаться к тем местам, к которым прикасалась соседка. Вскоре соседка умерла, и во время похорон больная случайно прикоснулась к женщине, которая переодевала покойницу. Появились навязчивые мысли о микробах.

Стала часто купаться. Не могла надевать те вещи, к которым кто-либо прикасался. Чувство брезгливости продолжало нарастать. «Заразные» вещи прятала в отдельный чемодан и старалась к ним больше не прикасаться. Обходила стороной тех людей, к которым испытывала чувство брезгливости. Перед приемом пищи многократно намыливала руки мылом. Последнее время начала намыливать руки и смывать мыло до 30-40 раз. Вынуждена была переменить место жительства, чтобы не встречаться с теми людьми, к которым испытывала чувство брезгливости. На новом месте жительства начала присматриваться к мусорным ящикам, боялась к ним прикасаться «как к источникам загрязнения». Ко всем, проходящим мимо мусорного ящика,

испытывала чувство брезгливости. По-прежнему продолжала «грязные» вещи прятать в чемодан или выбрасывала их.

Амбулаторное лечение эффекта не давало, в связи с чем больная была направлена на стационарное лечение.

В психическом статусе: сознание ясное. Ориентировка всех видов сохранена, расстройств восприятий не обнаруживает. Большую часть времени проводит в постели, малообщительна. Постоянно жалуется на чувство брезгливости; многократно перед едой намыливает руки; моет их до 30 — 40 раз. «Все время кажется, что руки недостаточно чистые». Попытка сдержать себя от многократного мытья рук сопровождается усилением общего напряжения, ухудшением настроения, плаксивостью. От больных, к которым испытывает чувство брезгливости, старается держаться на расстоянии. Никому не разрешает прикасаться к ее кровати, к ее одежде. После того, как кто-либо прикоснулся к ее кровати, просит поменять белье, принимает душ несколько раз в день. Перед приемом пищи многократно намыливает руки и долго их моет. Критически оценивает свое состояние. Просит помочь ей, избавиться от страданий. Эмоционально неустойчива, раздражительна. Настроение подавленное. Не верит в выздоровление. Постоянно анализирует свое состояние.

В соматоневрологическом статусе: без выраженной патологии. Отмечаются склонность к повышению артериального давления (до 140/90 мм рт. ст.), учащение пульса до 90 ударов в минуту, нистагмические подергивания глаз, сглаженность правой носогубной складки.

Диагноз: Психастения с навязчивостями.

Под влиянием медикаментозного и психотерапевтического (наркопсихотерапия) лечения постепенно ослабевало навязчивое стремление мыть многократно руки, постепенно ослабевал страх перед прикосновением, заражением. Стала сдерживать себя от многократного мытья рук и частого купания под душем. Меньше стала об этом думать, стала более общительной. Читала книги, смотрела телевизионные передачи. Выровнялось настроение. Стала активнее, бодрее; постепенно нарастало чувство уверенности в возможность выздоровления. Выписана из стационара в состоянии значительного улучшения.

К сожалению, катамнестических сведений от больной не удалось получить, так как через 1 год на наше письмо мы не получили ответа. Однако тот факт, что больная повторно к нам не обратилась, свидетельствует о том, что наша терапия была для нее эффективной.

В приведенном случае, как и в первом, невроз возник у личности с тревожно-мнительным характером. Длительная фиксация переживаний в сознании больной, болезненное реагирование на быструю смену впечатлений, медленная адаптация к новым условиям свидетельствуют об инертности, застойности основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного в центральной нервной системе. Комплекс многообразных навязчивых состояний выявляется после тяжелых родов. Постепенно заостряются характерологические особенности больной. Она становится более тревожной и мнительной. Чувство тошноты, появившееся после родов, усилило уже существовавшую брезгливость. Появилось навязчивое увлечение часто мыть руки. Переживания по работе способствуют усилению болезненных проявлений. Частое мытье рук начинает раздражать больную. Последующие психотравмирующие ситуации, даже незначительные, способствуют образованию все новых и новых навязчивостей. К страху загрязнения и к навязчивым действиям (частое мытье рук) присоединяется страх перед острыми предметами («А вдруг ударю дочь ножом»), перед возможностью заболеть туберкулезом и т.д. Заболевание протекает приступообразно, обостряясь после дополнительных переживаний. Усиление навязчивостей, затушевывает характерологические особенности больной, отодвигая их на задний план.

В данном случае правильно было бы ставить диагноз психастения с навязчивостями. Самое существенное у нее — своеобразный психический склад, такие черты характера, как нерешительность, боязнь ответственности, постоянное чувство тревоги, мнительность. Причем эти особенности были и у матери. Появлению навязчивостей, вызванных психотравмами, предшествует своеобразная «психастеническая» слабость, имеющая врожденный характер. У нашей больной ведущим нужно считать именно такой конституционный психический склад, а

навязчивые симптомы являются сопутствующими. Картина болезни у нашей пациентки типична для психастении, которая может быть отнесена к группе неврозов, но возникает на фоне специфических конституциональных особенностей личности, врожденного характера.

5.3. Истерия.

Современное учение об истерии выросло из учения о неврастении, несмотря на то, что термин «истерия» появился значительно раньше. Появлению этого термина мы обязаны врачам Древней Греции, которые описали заболевание, характеризующееся выраженной демонстративностью, театральностью. Они наивно полагали, что причиной этого заболевания является блуждание матки в организме. Отсюда и родилось название — истерия (hystera — матка). Эта болезнь приписывалась в то время женщинам. Многие из понятий, относящихся к истерии и сохранивших свое значение до настоящего времени, введены Ж. Шарко (1889). Им дано классическое описание клиники истерии, в частности фаз клоунизма, страстных поз, выгибания дугой. Вслед за яркими описаниями Ж. Шарко в литературе появилось много картин истерических состояний.

Еще Ж. Шарко учил, что такие больные очень подражательны, очень внушаемы, их воображение так живо, что они легко воспроизводят болезненные картины даже органических заболеваний. Многие ученые вслед за Ж. Шарко называют истерию «великой симулянткой».

Под истерией в настоящее время большинство авторов понимают такое заболевание, которое вызывается воздействием психической травмы у лиц со специфическими чертами характера.

Мы считаем эти черты характера врожденными и назвали их астено-демонстративными.

По мнению И.П. Павлова (1932), в основе истерического невроза лежит слабость нервной системы (главным образом коры), о чем говорит корень «астено», преобладание подкорковой деятельности над корковой, а доминирование первой сигнальной системы над второй обусловило демонстративные особенности истерического характера.

А.М. Свядощ (1982) понимал истерию как заболевание, вызванное психической травмой, в патогенезе которого играет важную роль механизм «бегства в болезнь и условной приятности или желательности болезненного симптома».

На основании нашего многолетнего опыта наблюдений за больными, страдающими истерическим неврозом, мы пришли к заключению о том, что этот невроз развивается на почве врожденных специфических характерологических особенностей, которые выше обозначены как астено-демонстративные, то есть человек рождается на свет с низким энергетическим потенциалом. Бросаются в глаза астенические черты сложения, малая выносливость, быстрая утомляемость, слезливость, раздражительность. Очень тяжело истерик преодолевает даже незначительные трудности. Человек крайне самолюбив, у него свое «я» стоит на первом месте. Он эгоцентричен. Его интересует только своя персона, все остальные занимают его внимание как бы косвенно, за их счет он восполняет недостаток энергии. Для этого он «устраивает скандалы», досажая самым близким ему людям.

Затем может, как ни в чем не бывало, извиниться, при этом не высказав никакого сочувствия своей «жертве». Чужие страдания истерика не интересуют.

Зачем демонстративность необходима истерику? Она нужна ему только для защиты собственных интересов. Поэтому мы склонны назвать эту демонстративность защитной в отличие от показной демонстративности, присущей здоровым людям, например выдающимся артистам. Они работают для зрителя. Чем довольнее зритель, тем большее удовлетворение испытывает актер. Истерик сам и актер и зритель, причем в большей степени последний, для него чем другим хуже, тем ему лучше.

Еще одной отличительной особенностью истерического характера является повышенная внушаемость, благодаря которой эти больные склонны к подражанию, к вызыванию у себя разнообразной симптоматики, в том числе и навязчивостей. Мы постараемся это продемонстрировать при описании истерии с навязчивостями.

На фоне астено-демонстративных характерологических особенностей под влиянием психотравмирующих ситуаций могут возникать разнообразные картины истерического невроза.

Мы классифицируем этот невроз на три группы:

1. Истерия декомпенсаторная;
2. Истерия псевдоорганическая;
3. Истерия с навязчивостями.

Истерия декомпенсаторная. С нашей точки зрения это форма истерического невроза, которая проявляется заострением характерологических особенностей истерика до гротеска. Прежде всего резко возрастают общая слабость и быстрая утомляемость; больные начинают чаще искать поводы для конфликтных ситуаций, непрерывно делают замечания своим близким и друзьям, без всякого повода стараются настаивать на том, чтобы все «плясали под их дудку». Если кто-то пытается противодействовать их желаниям, они в ответ оскорбляют их, рыдают, причитают. Резко снижается работоспособность, которую стараются наращивать «скандалами». После очередного скандала могут несколько дней пролежать в постели, ничего не есть, не пить, (а иногда и есть, и пить, и отправлять свои физиологические потребности, но незаметно для окружающих). Больные становятся более эгоистичными и демонстративными. Иногда разыгрывают «различные сцены» театрализованного характера.

Истерия псевдоорганическая. К этой группе истерических расстройств мы относим все болезненные проявления, которые имеют нечто общее с органическими расстройствами, хотя их легко можно отдифференцировать от последних. Сюда относятся и припадки, и двигательные расстройства (параличи, афония, амавроз, заикание, тики, гиперкинезы и др. расстройства).

Истерические припадки. Впервые так называемые припадки «большой истерии» были описаны в конце XIX века J. Charcot (1883). Автор назвал их большой истерией, в связи с тем что внешне они протекали как развернутые эпилептические припадки. Припадок начинался с тонических судорог, переходящих в клонические. Фаза была кратковременной и продолжалась в виде больших размашистых движений или клоунизма. Больные изгибались дугой («истерическая дуга»). Мы наблюдали больную X., 19 лет, которая могла во время беседы с врачом, если ей что-либо не нравилось, сделать неожиданную дугу, во время которой она оставалась сидеть на стуле, а при изгибе легко опиралась головой об пол. Приступ наступал внезапно, и больная как бы мгновенно исчезала из поля зрения врача. При оклике: «Оля!» она тут же возвращалась в первоначальное положение. Кроме того, у нашей больной часто отмечались судорожные припадки, которые возникали обязательно после волнений. Причем больная всегда успевала при этом лечь в постель. Во время клонических судорог больная могла биться головой и туловищем о постель, на которой лежала, совершала различные размашистые движения и, даже если судороги совершались на жесткой постели, никогда не наносила себе каких-либо увечий. У других больных во время судорожных движений отмечалось искажение мимики (аффект гнева, ужаса, состояние экстаза) и др. А.М. Свядощ описывает во время судорожных припадков у некоторых больных галлюцинаторно-делириозные переживания, во время которых отмечались плаксивость, истерический хохот. Некоторые больные шептали что-то непонятное, стряхивали с себя «гадов и насекомых», к чему-то прислушивались. Припадки носили, как правило, длительный характер (от получаса до часа и более). Как правило, больные могут после припадка рассказать все, что чувствовали во время припадка, за исключением мелких, малозначащих эпизодов. Если в клинике, в одной палате находится несколько больных истерией, то «припадки» чаще всего у всех протекают однообразно и характеризуются «похожестью».

Последние годы, в связи с лекарственным патоморфозом тех классических припадков, которые описывал Ж. Шарко и с которыми мы сталкивались в психиатрических клиниках ранее, мы почти не наблюдаем. Однако необходимо знать, что такие истерические припадки могут встречаться в практике психотерапевта. Знать об этом необходимо еще и потому, что врач их должен уметь отдифференцировать от эпилептических. Последние возникают так же внезапно, но в отличие от истерических вне всякой связи с какими-то внешними причинами. Предшествует эпилептическим припадкам аура (предчувствие). Больные об этом

предчувствии сообщают врачу уже после приступа (резкая головная боль, головокружение, вокруг становится светло). В сознании больного остается лишь нечеткое ощущение ауры, о самом припадке больные ничего не помнят. Во время клонических судорог больные могут прикусывать язык, на что указывает выделение крови изо рта после припадка. Эпилептик, в отличие от истерика во время припадка может нанести себе увечье. И наконец, от истерика эпилептика отличают своеобразный «эпилептический характер» и небольшая продолжительность эпилептического припадка (от 1 до 3 минут), в то время как истерические припадки могут продолжаться часами.

В дополнение к выше приведенным дифференциально-диагностическим критериям, помогающим врачу более тонко отграничить истерические припадки от эпилептических, мы хотели коротко остановиться на собственном опыте и данных Д.А. Маркова и Т.М. Гельмана (1954). По мнению этих авторов, истерические припадки в отличие от эпилептических крайне редко встречаются в детском возрасте. Как правило, истерические припадки возникают под влиянием каких-либо переживаний, волнений, в то время как больные эпилепсией чаще всего не могут назвать причину, вызвавшую эпилептический припадок. Истерический припадок никогда не отмечается во время сна истерика, а у эпилептика припадки могут происходить во сне. У истерика никогда не бывает начального крика. Он появляется во время припадка. У эпилептика часто припадок начинается со специфического крика (резкого, пронзительного и затяжного), иногда продолжающегося на протяжении всего периода тонических судорог. При истерическом припадке сознание больного сохранено, и больные помнят все о своем припадке. У больного истерией во время припадка окраска лица почти не меняется, в то время как лицо эпилептика становится синюшным, вплоть до черного (отсюда и название эпилепсии: «черная болезнь»). Зрачки больных истерией во время припадка продолжают реагировать на свет, а у эпилептиков отмечается полное отсутствие реакции зрачков на свет. При истерических припадках не бывает непроизвольного мочеиспускания, а у эпилептиков во время припадков оно наблюдается часто. При истерическом припадке никогда не наблюдаются тонические судороги. Истерики после припадка никогда не засыпали, в то время как эпилептики заканчивались глубоким сном. У истериков после припадка отсутствовали какие-либо парезы, нарушения речи; в то время как у эпилептиков эти расстройства были довольно частыми. Нам удавалось прерывать затянувшийся истерический припадок внезапным сильным уколом в кисть больного, в то время как прервать подобным образом эпилептический припадок мы никогда не могли.

Затруднения в дифференциации приступов истерических от эпилептических мы испытывали в тех случаях, когда больные истерией находились в одной палате с больными эпилептиками. Мы наблюдали в этих ситуациях припадки у истериков, которые по внешним признакам ничем не отличались от припадков эпилептических. В этих случаях нам на помощь приходил наш прием с резким уколом иглой в кисть. Однако мы старались никогда не допускать совместное пребывание этих больных в одном помещении.

Необходимо также помнить о том, что истерические припадки следует дифференцировать и от «припадков» органических, дизэнцефальных, травматических и др.

Двигательные расстройства у истериков наблюдаются в виде параличей или гиперкинезов. Чаще всего мы отмечали у больных истерией моноплегии (одна рука или нога), реже отмечались параплегии либо верхних, либо нижних конечностей (чаще нижних) и совсем редко мы наблюдали больных с тетраплегией. Довольно часто в прежние годы наблюдались контрактуры мышц шеи (истерическая кривошея) или туловища (истерическая камптокормия).

При истерических параличах, парезах и контрактурах в отличие от органических сухожильные рефлексы не изменяются, однако наблюдается несколько нарочитое вздрагивание всего тела или демонстративное усиление рефлекса. Кожные рефлексы, в частности подошвенный, иногда не удается вызвать, в то время как кремастерный рефлекс сохраняется, так как он не может быть произвольно задержан. Длительные истерические параличи, как правило, не дают каких-либо серьезных трофических нарушений. Характерным для истерических параличей в отличие от органических является их способность исчезать во время ночного сна, что,

несомненно, является важным дифференциально-диагностическим критерием. По наблюдениям С.И. Доценко и Б.Я. Первомайского (1964), «изолированных истерических параличей мышц, например паралича двуглавой мышцы, плеча с сохранением функции плече-лучевой мышцы не бывает».

По данным А.М. Свядоща (1982; 1997), «при истерических гемиплегиях в отличие от органических параличей не распространяется на мышцы лица и языка. Не сопровождается он также и расстройством речи даже в том случае, если у правой поражены правые, а у левой — левые конечности. Не бывает при них ни синкинезий, ни защитных рефлексов, ни характерной позы Вернике — Манна. Парализованная часть тела обычно волочится или болтается, словно привязанный протез («походка Тодда»). Нога часто поражается тяжелее, чем рука. В отличие от спинальных параличей при истерических нижних параплегиях не нарушается функция тазовых органов». Как считает А.М. Свядощ, «истерические параличи и контрактуры могут возникнуть только в том случае, если их развитие является для больного «условно-приятным или желательным».

К истерическим гиперкинезам мы относим тики, заикание, писчий спазм.

Довольно частой формой истерических расстройств у детей и подростков являются тики. По своему клиническому проявлению они выявляются в виде судорожных сокращений мышц лица, шеи, головы и верхних конечностей. У детей тики встречаются значительно чаще, чем у взрослых. Многие авторы даже считают, что тиков у взрослых людей не бывает, и рекомендуют при их появлении, особенно в пожилом возрасте, провести дифференцирование их с какой-то органической патологией.

По мнению Т.П. Симпсон (1958), «тики происходят по типу целенаправленного акта, но утратившего свою первоначальную функцию, например, ребенок подергивает плечом, словно его стесняет платье; школьник моргает глазами, как будто желая смахнуть соринку из глаза, либо, сидя за книгой, делает рукой движение, как будто бы отбрасывает мешающие ему волосы».

Т.П. Симпсон различает разные виды тиков: «моргательный тик, тик сморщивания лба, тик подергивания плечами, тик поворачивания головы и т.д.»; наиболее частым в нашей практике был мигательный тик. По своему внешнему проявлению тики напоминают защитный рефлекс. Например, при моргательном тике движения закрывания век очень сильны и чрезвычайно быстры и мимолетны. Протекают они в виде серий повторных движений, отделенных одно от другого паузой.

Иногда тиковые движения скорее напоминают «тонические, иногда клонические движения, хотя и не вполне с ними тождественные». Тиковые движения в этих случаях часто производят впечатление неестественных двигательных актов. Углубленное изучение анамнеза этих детей позволяет обычно даже в случаях, напоминающих защитный рефлекс, вскрыть иную причину.

Фридрих (1882) описал ребенка, у которого возникли тики поворота туловища вокруг своей оси и тиковые гримасы после того, как он испытал страх в связи с потерей своей шляпы в лесу. Она зацепилась за сук дерева, и он не мог ее достать.

В большинстве случаев возникновения заболевания легко можно связать с психической травмой, но иногда эта связь очень сложна и распознается не сразу.

А. Harburger (1926) указывал на то, что в ряде случаев возникновения тика и вовсе не связано с защитным рефлексом, так как он вызывается иными причинами. Так, он сообщает об одном мальчике, у которого был тик, имитирующий желание мальчика освободиться от стесняющей его шляпы. На самом деле оказалось, что тик возник в связи с тем, что мальчику эта шляпа не нравилась, он считал, что шляпа ему не идет, и это ранило его самолюбие. Причины возникновения тиков крайне разнообразны, но их патофизиологические механизмы едины. Под влиянием психической травмы создается сильный очаг возбуждения в коре головного мозга с разлитым торможением вокруг и положительной индукцией на двигательную область, результатом чего и являются тики.

Тики чаще всего возникают в определенные периоды возрастных кризов (6-7; 13-15 лет). У детей, заболевших тиками, одновременно или до возникновения симптома нередко отмечаются другие признаки невроза: недержание мочи, онанизм, депрессивное состояние, трудности в их воспитании, моторное беспокойство, псевдологические черты и т.д.

Попытки удержаться от тиков ведут обычно к чувству напряженности, внутреннего беспокойства, тревоги. При отвлечении внимания тики уменьшаются, во сне исчезают полностью.

V. Bollea (1955), изучив катамнез детей, переболевших тиками, показал, что у них в зрелом возрасте появились навязчивые страхи, аффективные расстройства.

Писчий спазм. В нашей практике мы встречали довольно большое количество больных, страдающих расстройствами письма или профессиональными дискинезиями. Наиболее частой формой этих расстройств является писчий спазм.

И. Дежерин и Е. Гаклер (1912) рассматривали писчий спазм в группе «психотормозных неврозов». Единого мнения о природе этих расстройств не существует. Некоторые авторы описывают их как чисто невротические, некоторые относят их к органическим заболеваниям. Мы склонны трактовать их как «заикание почерка», поэтому причинами его возникновения могут быть как те, так и другие.

При дифференциальной диагностике писчего спазма прежде всего необходимо помнить о том, что иногда торсионная дистония начинается с типичной картины писчего спазма, но в последующем к расстройствам письма присоединяются и расстройства других движений. В.М. Тобашивили (1961) допускает, что дискинезия при писчем спазме невротической природы также может распространяться на сходные двигательные акты, но чисто функциональной природы. По нашему твердому убеждению, прежде чем начать лечить больных с писчим спазмом, необходимо его проконсультировать у опытного невропатолога.

Характерной особенностью писчего спазма является наличие патологической позы при попытке что-либо написать. Сразу же, как только больной берет в руку ручку или карандаш, начинают напрягаться мышцы пальцев руки, удерживающих ручку или карандаш. С самого начала письма напряжение пальцев руки распространяется на предплечье, плечо и даже спину на стороне руки, держащей ручку. Мышечное напряжение кисти резко усиливается, и кисть, напрягаясь, изгибается как бы под себя, рука при этом отрывается от стола и письмо для больного становится невозможным. После написания почти каждой буквы больной делает передышку и при этом перехватывает пальцами ручку, освобождаясь при этом от болевых ощущений.

Благодаря разработанной нами модели гипноуггестивной терапии мы добивались при лечении писчего спазма высокого терапевтического эффекта.

Логоневроз или заикание. Проблема заикания издавна представляла интерес как ученых, так и практиков. Сегодня по этой проблеме написано огромное количество работ. Ею занимаются и врачи, и логопеды (сурдологи), и психологи. Болезнь имеет широкое распространение и характеризуется трудной курабельностью.

По мнению большинства авторов, заикание имеет начало в период формирования у детей речи, с появления запинок в речевой функции, которые не всегда нужно относить к речевой патологии. Человек, волнуясь, часто испытывает затруднения в речи, однако когда он спокоен, речевых дефектов не отмечается. Запинка в речи, длительное время не исчезающая, считается патологической, и тогда затрудненную речь можно назвать заиканием. Заикание может быть невротическим или другого генеза.

Заикание чаще всего появляется в детском возрасте в результате воздействия сильного, внезапного, эмоционального фактора (например, нападение собаки, испуг при падении в реку, при пожаре, ограблении и т.д.). Аналогично тикам, заикание принадлежит к фиксированным двигательным стереотипам. Заикание выраженного истерического типа появляется и у взрослых, но оно менее стереотипно и более драматично. Больной во время разговора напрягается, напрягает и смыкает губы, лицо краснеет, иногда приобретает синюшную окраску. Заикание может выступать в качестве своеобразного синдрома, встречающегося не только при неврозах, но и при других нервно-психических заболеваниях, в том числе и органических.

Мы наблюдали большое количество больных, страдающих заиканием именно истерического характера: подростков, студентов (от 18 до 22 лет) и взрослых людей (от 35 до 45 лет).

По мнению большинства авторов, в том числе В.Н. Мясищева (1960), патогенез логоневроза трактуется с позиций учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности как системный речедвигательный невроз. Истерическое заикание в

определенных условиях нормализовалось (пение, разговор в одиночестве, чтение вслух, шепотная речь и т.д.). Больные, как правило, жаловались на страх перед речью, который носил навязчивый характер, причем в большинстве своем они испытывали неприятное чувство настороженности и ожидания в затруднении речевой функции, что способствовало усилению заикания. У заикающихся людей отмечаются своеобразные характерологические особенности — такие, как повышенная тревожность, сенситивность, замкнутость.

По мнению В.М. Шкловского (1967) встречаются следующие типы судорог: артикулярные, голосовые и дыхательные; однако чистые формы встречаются редко, чаще речь идет о смешанных — артикулярно-дыхательной, дыхательно-голосовой и др.

Судороги речевых мышц могут быть клоническими (несколько коротких повторных судорог, приводящих к повторению слогов, реже слов) и тоническими (в виде длительной задержки речи). В зависимости от выраженности того или иного вида судорог говорят либо о тоноклоническом, либо клонотоническом заикании. У каждого заики локализация судорог и форма заикания могут меняться, у взрослых относительно более выраженными бывают судороги в артикулярном аппарате.

Чрезвычайно трудным вопросом для логоневрозов являются определение тяжести заболевания и его прогноз. С нашей точки зрения эти качества принципиального значения для терапевтического успеха не имеют. Интересна классификация больных с заиканием, проведенная В.М. Шкловским (1975). Всех наблюдаемых больных он делил на три группы. В структуре личности больных первой группы каких-либо выраженных невротических нарушений не отмечалось. По мнению автора, это активные, общительные, с широкими общественными социальными и личными связями пациенты. Они вполне адаптированы к среде; получают образование, приобретают профессию, активны на производстве, а также в общественной жизни, легко устраивают личную жизнь. Проблема заикания у них не выступает на первый план, но все же они обращаются к врачам чаще, когда возникает вопрос о возможных речевых затруднениях у их детей.

Для второй группы больных характерны значительные невротические нарушения, и прежде всего на первый план выступает страх перед речью, особенно если она необходима. Это люди с повышенной впечатлительностью, колебаниями настроения, неуверенные в себе. Они также могут достичь в жизни многого, но они все же недостаточно общительны и более уязвимы.

У больных третьей группы на первый план выступает значительно более сильный судорожный синдром во время речи. Судороги могут сделать речевое общение невозможным. Затруднение общения дополняется нарастанием страха перед речью. Эти больные характеризуются более выраженными невротическими расстройствами. Они отличаются чувством собственной неполноценности, неуверенностью в себе, повышенной чувствительностью, ранимостью, мнительностью, выраженным страхом перед речью. Они фиксированы в большей степени на своей речи. У них отмечается высокая степень дезорганизации личностных отношений. Они, как правило, не могут закончить образование, заниматься общественной деятельностью, они крайне уязвимы, малообщительны, часто из-за затруднения в речи не могут завести семью. Необходимо помнить, что заикание бывает истерическим и органическим, и при дифференциальной диагностике истерического заикания от нарушения речи органического характера могут возникать трудности. Причем трудности эти возникают не только тогда, когда в анамнезе определяется четкая причина возникновения заикания, но и тогда, когда одна и та же причина вызвала у одних больных заикание органическое, а у других — сугубо функциональное. Это прослеживалось нами после Великой Отечественной войны, когда у части больных после тяжелых контузий развивались и невротические (чаще носящие временный характер), и органические формы заикания. Причем у первых, как правило, речь восстанавливалась довольно быстро, а у вторых заикание носило стойкий и продолжительный характер.

А.М. Свядощ (1971) все случаи посттравматического заикания считает истерическими.

Расстройства вегетативных функций. К ним, прежде всего, относится истерическая рвота, которая может проявляться как в единократной сопряженной ситуации, так и многократно сочетающейся со спазмами пилорического отдела

желудка или пищевода, что имитирует явления непроходимости пищи. Чаще всего рвота наступает после приема пищи или при попытке ее приема. Характерным для этих больных является то, что даже при частых рвотах они не теряют в весе и у них не снижается аппетит. Однако иногда истерическая рвота может сочетаться с истерической анорексией — потерей аппетита. В этих случаях наблюдается похудание и резкое истощение, вплоть до кахексии.

Истерическая рвота может наблюдаться и в детском возрасте в связи с желанием привлечь к себе внимание взрослых, то есть она возникает только в присутствии «зрителей».

Нередки случаи, когда истерическая рвота вызывает спазм кардиальной части пищевода — эзофагоспазм или кардиоспазм. Вначале пища с трудом продвигается по пищеводу, а затем после прекращения рвотного рефлекса это становится проблематичным. При приеме пищи больной старается протолкнуть ее из пищевода в желудок. Когда жидкость перестает помогать прохождению пищевого комка по пищеводу, больные стараются справиться с ситуацией при помощи дополнительных двигательных актов: они начинают быстро ходить по комнате, напрягают усиленно брюшной пресс, делают различные дыхательные движения. Необходимо незамедлительно начинать лечение, ибо промедление чревато тяжелыми последствиями. Когда больные с эзофагоспазмом поступали к нам на лечение вскоре после начала заболевания, проводимая гипносуггестивная терапия или наркопсихотерапия помогала быстро справиться с недугом. Однажды к нам обратился больной с эзофагоспазмом, развившимся у него за несколько лет до обращения к нам в связи с тяжелыми переживаниями. Больной был арестован по ложному доносу, и продолжающаяся длительное время судебная тяжба и арест вызвали у больного спазм пищевода. И, несмотря на то что в конечном счете для больного все закончилось благополучно и его оправдали, он еще длительное время продолжал самостоятельно бороться со своим недугом. Мы пытались всеми доступными средствами помочь больному, но психотерапевтическое лечение эффекта не дало. Мы обратились к хирургам, которые диагностировали у больного дивертикул пищевода. Спазм удалось устранить только длительным бужированием пищевода.

Расстройство функции органов чувств и речи. Мы остановимся на тех истерических нарушениях, касающихся расстройств зрения, слуха и речи, которые чаще всего встречаются в повседневной практике врача-психотерапевта.

Среди истерических расстройств зрения довольно часто встречается концентрическое сужение полей зрения, которое тесно сочетается с извращением цветоощущения. Однако даже резко выраженное сужение поля зрения не мешает больным ориентироваться в пространстве. У больных истерией в редких случаях отмечены скотомы и гемианопсии, а также астенопатия — быстрая утомляемость зрения.

Центральным и наиболее частым истерическим расстройством зрения является слепота (амавроз) на один или оба глаза. При кажущейся полной слепоте, больные все же бессознательно обнаруживают сохранность видения.

Приведем любопытный пример. Однажды в психиатрическую клинику из приемного покоя областной больницы им. Мечникова г. Днепропетровска был доставлен молодой человек Т. 24 лет в сопровождении его родной сестры. Со слов больного, он «ослеп два дня назад». Причиной заболевания была острая психотравмирующая ситуация. Он два года встречался с девушкой. У них были прекрасные отношения и, как казалось больному, «большие чувства». Два дня назад была назначена свадьба в доме у жениха. Собралось около 200 гостей. Много приходилось хлопотать в организации торжества, мало спал, уставал. Утром поехали с невестой в ЗАГС, расписались в торжественной обстановке и разъехались по домам, с тем чтобы подготовиться к торжеству. Свадьба была назначена на 15 часов. Собрались все гости, играла музыка. Но пробило 15 часов, а жена со сватами и родителями не появлялись. Больной начал волноваться, не понимал, что может задержать его жену в такой торжественный момент. Сестра больного, позже доставившая пациента в клинику, видя волнение своего брата, пошла домой к жене брата выяснить причину задержки. Со слов последней, когда она пришла домой к невестке, последней дома не оказалось, а ее заплаканные родители рассказали гостям печальную историю. Два года назад их дочь, то есть жена нашего больного, рассталась со своим молодым человеком перед его призывом в армию. В отместку она познакомилась с нашим больным. Ее бывший

возлюбленный за два года службы в армии не написал ей ни одной строчки. Накануне назначенной свадьбы он демобилизовался из армии и, узнав что «прежняя любовь» сегодня выходит замуж, попросил своего друга, сообщить жене нашего больного о его демобилизации. Последняя, услышав о приезде ее прежнего ухажера, после регистрации брака зашла к нему, и они решили «связать свою судьбу». Сестра больного вынуждена была сообщить своему брату эту неприятную для него новость. Это было в присутствии всех гостей. Как отметил больной, когда он услышал эту новость, у него «потемнело в глазах», он потерял зрение. Первоначально видел какие-то тени, очертания предметов, а затем наступила «кромешная темнота». Не спал всю ночь. Утром сестра доставила его в нашу больницу. В приемном покое больного осмотрел окулист, но какой-либо патологии не обнаружил, и больной был направлен в психиатрическое отделение.

Со слов сестры, больной по дороге в больницу, хотя и жаловался на слепоту, «но довольно легко и свободно ориентировался в пространстве, находясь рядом с сестрой. Он даже не натыкался на окружающие предметы». Дежурный врач поговорил с больным, успокоил его, сообщив, что он поможет ему «прозреть» и что для этого ему не придется ложиться в больницу, (когда больного привели в психиатрическое отделение, он очень волновался и не хотел госпитализироваться). Дежурный врач провел сеанс наркопсихотерапии и вернул больному зрение, заверив его в том, что у него все в порядке и что ему необходимо забыть об эксцессе и тогда зрение его будет восстановлено. Больной с сестрой были отпущены домой с соответствующими рекомендациями.

Истерический амавроз возник у нашего больного остро, на фоне физического утомления и «приятного эмоционального фона» (подготовка к свадьбе). Острая психотравма обрушилась на голову больного «как гром среди ясного неба», была для него шоком. Единственной защитой от «стыда» была слепота, которая позволила ему не видеть «злорадства некоторых гостей». Этот «защитный механизм» был не очень сильным, тормозной процесс носил поверхностный характер и был непродолжительным. Больной явился к врачу через два дня после начала болезни. Это и определило столь эффективное растормаживание зрительного анализатора.

Описания истерической глухоты в литературе в большинстве своем относятся к периоду Великой Отечественной войны. Истерическая глухота могла сочетаться с истерической немотой, хотя чаще всего они проявлялись самостоятельно.

По мнению А.М. Свядоща, в мирное время истерическая глухота развивается по механизму самовнушения вследствие «условной приятности или желательности» болезненного симптома.

В клинической картине истерической глухоты нет полного, глубокого торможения слуха, и больные могут воспринимать отдельные звуковые раздражители. Они говорят, что не слышат никаких звуков, но не могут объяснить, почему во время беседы с врачом исподволь выполняли отдельные команды. Так, при прослушивании легких они по команде врача кашляли, глубоко дышали, задерживали дыхание, а также высовывали язык и т.д. Часто на вопрос: «Вы слышите?» больной ничего не отвечал, но при этом утвердительно качал головой. У больных отмечались общая заторможенность, снижение активности, но постепенно, когда они были предоставлены самим себе, в спокойной обстановке, слух исподволь восстанавливался.

По мнению А.М. Свядоща, «по существу и истерическая глухота, и истерическая слепота, и истерические параличи — это ипохондрические идеи, возникающие по механизму самовнушения, как защитный механизм, ничего общего не имеющий с органически обусловленным».

Наиболее частой формой истерического расстройства речи является истерическая афония (утрата голоса). Больные напрягаются, пытаются что-то сказать, но не могут. Афонию удастся легко дифференцировать от афазии, по наличию у последних органических симптомов.

В основе афонии лежит функциональная заторможенность «сторожевого пункта», контролирующего речевую функцию в центральном аппарате речи, в результате чего голосовая щель остается открытой, при значительном напряжении голосовых связок. Эти больные не могут говорить, но постоянно ищут голосового контакта, жестикулируя, желая этим сказать, что они хотят вступить в письменный контакт. При этом суетятся, волнуются, плачут. Истерический мутизм по своей

продолжительности и стойкости не однороден. Он может легко и быстро исчезнуть, а может продолжаться годами.

Приводим для иллюстрации случай у больного Р., 62 лет с истерической афонией, был доставлен к нам вслед за молодым человеком с амаврозом из приемного отделения больницы, где он был осмотрен отоларингологом. В связи с тем что врач не обнаружил у пациента какой-либо органической патологии, больной также был направлен в психиатрическое отделение.

Больного сопровождал его давний фронтовой товарищ. Они встретились много лет спустя, после того как оба с боями прошли до Берлина, не получив ни одного ранения или контузии. После войны их дружба продолжалась многие годы по переписке. Наш больной, житель Подмосковья, приехал в гости к своему другу в г. Ново-Московск Днепропетровской области. Друг больного работал сторожем на бахче. За день до своего отъезда товарищ нашего больного на своем дежурстве на бахче совместно с нашим больным решили отпраздновать отъезд. Развели костер, выпили, пели песни, играли на гармошке. Внезапно, за полночь, в разгар «веселья», на бахчу напали подростки. Они кричали «Ура!» и начали трескотками имитировать пулеметные очереди. Друг нашего больного, не растерялся, взял ружье и выстрелил вверх. Ребята бросились бежать с бахчи врассыпную, прихватив с собой кто арбуз, кто дыню. Но после такого переполоха наш больной не мог вымолвить ни слова. Он онемел, начал плакать, даже рыдать, показывал, что он онемел, жестикулировал. Утром его доставили в наше отделение.

На приеме был несколько беспокойным, плакал, показывал жестами на язык, что он не в состоянии говорить. Написал, что «сегодня вечером должен ехать в Москву», что он не знает, как ему быть, отказывался госпитализироваться. Врач успокоил больного, сказал, что речь отнялась временно, что ему нет необходимости ложиться в больницу и что сейчас он начнет говорить. Во время сеанса наркопсихотерапии врач начал внушать больному, что он должен напрячь свои голосовые связки, и предлагал повторять отдельные буквы. Вначале было предложено повторить звук «А». Во время внутривенного введения 10%-ного раствора амиталя натрия появилась эйфория, и больной понемногу «прохрипел» звук «А». Затем, по предложению врача, больной начал более четко, вначале тихо, а затем громко произносить звук «А». Далее по команде врача, больной повторил «Б», «В». Затем повторил «мама», «папа». Затем начал повторять небольшие фразы. В течение 10 минут речь была восстановлена, но больной продолжал говорить тихим голосом, как он позже объяснил, что боялся громко говорить, чтобы «не повредить восстановлению речи». Через два часа после сеанса больной со своим другом были отпущены домой с рекомендацией ехать сегодня домой в Подмосковье. Как рассказал больной после восстановления речи, накануне настроение было несколько снижено (ему не хотелось уезжать домой). После опьянения и внезапного «нападения» ребят ему показалось, что он участвует в военной операции, что на их взвод напали враги, и он хотел крикнуть «Ура!», но не смог.

Мы приводим эти два случая истерического амавроза и афонии, во-первых, потому, что не так часто встречается в практике врача, когда два подобных больных попадают в больницу в один день, во-вторых, оба этих болезненных состояния возникли после острой психотравмы и были не очень продолжительными, что позволило врачу быстро устранить оба расстройства и восстановить зрение и речь.

Но эти две формы истерических расстройств могут носить продолжительный характер. Иногда восстановление речи и зрения происходит через много лет, в результате какого-либо более сильного переживания, даже сверхсильного внешнего воздействия.

Психические расстройства. Огромный интерес представляют истерические психические расстройства, которые бывают чрезвычайно яркими, красочными и демонстративными. Они обычно отражают прошедшие волнующие больного события, переживания, его опасения. Известны случаи, когда мать отчетливо, ярко видит умершего ребенка в хорошем здоровом состоянии. Причем убежденность ее в том, что она видела своего ребенка, столь велика, что ее с большим трудом удастся убедить в том, что это была галлюцинация. Некоторые больные упорно утверждали, что отчетливо видели своих умерших родителей. Иногда из памяти больных выпадают большие периоды времени, связанные с правонарушениями. Или, например, у

больного выпадает весь период супружества, они не узнают супруга и детей. Но все быстро восстанавливается под влиянием внушения в гипнотическом состоянии.

При истерических депрессиях, на фоне выраженной тоскливости, больные становятся театральными, демонстративными. У них не бывает психомоторной заторможенности и идеи самоуничтожения. И, главное, депрессии носят поверхностный, нестойкий характер, но со свойственными для них суточными колебаниями настроения по экзогенному типу.

Иногда больные истерией жалуются на утомляемость, общую слабость, недостаточную выносливость, но все эти жалобы сопровождаются театральностью и демонстративностью. Истерическая астения развивается по механизму самовнушения и носит преходящий характер.

В практике врача встречаются также истерические сумеречные состояния в виде ложного бешенства, больные могут совершать тяжелые преступления с полной амнезией. Это состояние характеризуется «резким сужением сознания с исключением реально существующей обстановки и заменой ее новой, желаемой».

Под влиянием самовнушенных представлений на фоне суженного сознания А.М. Свядощ описывает приступы истерической глоссолалии — «автоматической непроизвольной речи на несуществующем языке». В 1898 г. S. Ganzer описал своеобразную форму истерического сумеречного состояния, которую он наблюдал у заключенных, названную «синдромом Ганзера». Для этой формы расстройства сознания характерны «ответы мимо», то есть больной отвечает на вопрос нелепо, но чувствуется, что он это понимает. По мнению автора, больные понимают смысл задаваемых им вопросов, но при этом обнаруживают поразительное невежество и исчезновение сведений, которыми, несомненно, обладали и обладают. Возникает оно остро, на первый взгляд, пациенты производят впечатление слабоумных, однако дальнейшее наблюдение за ними показывает, «что в этом безумии есть система». Оно, как и большинство истерических расстройств, возникает по механизму самовнушения.

Близко к синдрому Ганзера стоит псевдодеменция, многие авторы даже считают их тождественными. П.Б. Ганнушкин отмечал, что в отличие от синдрома Ганзера при псевдодеменции менее выражены элементы нарочитости и нелепости. По его мнению, эти больные стремятся обратить на себя внимание большой растерянностью, заторможенностью, жалобами на головные боли и на неспособность что-либо понять. Уже в начале остро развившегося состояния псевдодеменции больные утрачивают ориентировку, становятся мучительными. Иногда у них встречаются нестойкие бредовые идеи и гипнагогические галлюцинации. Охваченные страхом эти больные дрожат всем телом, прячутся по углам и т.д. Они длительное время находятся в однообразной позе, лежа или сидя в постели. Становятся безынициативными, задают мало вопросов. Бессмысленно смотрят перед собой, выражение лица растерянное. Подолгу не отвечают на вопрос, при этом тупо смотрят на того, кто это задает. Чаще всего на все задаваемые вопросы отвечают однообразно: «Не знаю». Отказываются от умывания, еды. Но, когда их начинают кормить, принимают пищу с удовольствием. Некоторые больные склонны к ажитации, суетливости. Все их движения нелепы и карикатурны. Они бегают по палате, приплясывают, иногда вычурно наступают на боковые поверхности стоп или пальцы. Они часто гримасничают, кривляются. Мимика часто меняется от бессмысленно-глуповатой до страдальческой. Продолжают отвечать на вопросы «мимо». Они также склонны к эхололии (постоянно стремятся повторять вопросы и действия собеседника). Временами отмечаются явления негативизма; зажигают спичку противоположным концом, всовывают ноги в рукава халата. Эти больные, в силу повышенной внушаемости, могут искусно имитировать отдельные формы психических заболеваний, с которыми они соприкасаются. Выход из этого состояния чаще всего постепенный, с последующей амнезией.

В редких случаях у больных истерией наблюдается пуэрилизм, то есть детское поведение, носящее нарочитый, демонстративный характер; детскость выявляется, по мнению Н.И. Погибко (1961), не только в устной, но и в письменной речи.

Истерия с навязчивостями. Довольно часто на фоне заостренных черт астено-демонстративного характера под влиянием психотравмирующих ситуаций возникают разнообразные навязчивости. Чаще всего длительность заболевания составляла от одного года и больше.

Общим для всех без исключения наблюдаемых нами больных истерией с навязчивостями было развитие навязчивого синдрома по механизму самовнушения. Возникали болезненные состояния под влиянием острой или хронической психотравмы, на фоне воздействий, приводящих к ослаблению нервной системы (грипп, аборт, тяжелые роды, отит, операции и т.д.).

Как правило, у больных истерией навязчивости возникали не непосредственно после психотравмы, а через некоторый (не очень продолжительный) латентный период, и чаще всего они по содержанию были связаны с ней.

Изучение преморбидных особенностей больных истерией с навязчивостями показало, что они относятся к личностям быстро утомляемым, астенизированным, легко истощаемым со склонностью к демонстративности, театральности и высокой степени внушаемости. В анамнезе многих больных в детстве отмечались те или иные страхи. Другими словами, особенности личности наших больных, в общем, совпадают с описанными выше особенностями астено-демонстративного характера.

Ведущими в клинической картине истерии с навязчивостями были фобии, которые возникали, как правило, на фоне обострившихся характерологических особенностей личности.

Иногда фобии проявлялись в качестве моносимптома, в ряде случаев у одного и того же больного сочеталось несколько фобий. Так, у большинства наших больных преобладали страхи перед повешением, страх сойти с ума. В одних случаях последний сочетался со страхом смерти, в других с ожиданием чего-то неприятного (как бы не посадить ребенка на горячую печь). Страх заболеть туберкулезом сочетался со страхом за свое здоровье или, вернее, со страхом смерти или страхом переходить улицу и т.д. На фоне навязчивых страхов отмечались колебания настроения. Многие больные жаловались на головные боли, неприятные ощущения в голове, грудной клетке, боли в сердце, дрожь в теле, плохой сон, снижение аппетита; у некоторых отмечались плаксивость, эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость.

Течение заболевания варьировало от непрерывного до приступообразного. Для иллюстрации приводим историю болезни.

Наблюдение № 5. Больная Г., 44 лет, врач, поступила на лечение в ЦПНБ г. Харькова 28 февраля 1963 г. с жалобами на страх перед ночными дежурствами в больнице, постоянные мысли о том, что что-то должно случиться во время дежурства, страх переходить через улицу, снижение настроения, повышенную раздражительность, внутреннюю дрожь в теле, плохой сон.

В анамнезе: родилась в семье рабочего первой по счету. Отец по характеру был вспыльчивым, мать уравновешенной, «сильной натурой», во всем подавляла больную. Сама больная по характеру была вспыльчивой, раздражительной, обидчивой, впечатлительной, робкой и легко ранимой. В детстве развивалась нормально. В школу пошла в 8 лет, окончила 10 классов. Во время учебы в школе проявляла большой интерес к гуманитарным наукам, увлекалась литературой. Не любила математику. К учебе относилась серьезно, уделяла ей много внимания. Была неусидчивой, маловыносливой, но своим упорством старалась ликвидировать эти недостатки. Хотелось всегда быть на виду. «Всегда хотелось доказать, что не хуже других». Адаптация к новой обстановке всегда проходила трудно; тяжело сходилась с людьми. После окончания средней школы поступила в медицинский институт, который окончила в 1941 году. С 1941 по 1943 г. находилась на оккупированной территории Украины, не работала. С 1943 по 1945 г. работала в госпитале военврачом. После окончания войны работала участковым педиатром. С коллективом сотрудников отношения всегда были хорошими. К трудностям всегда приспосабливалась с трудом, при этом терялась, «не могла себя найти», в 1947 году пережила тяжелую психотравму. После того как больная вышла замуж в 1945 году, взаимоотношения с мужем сложились хорошие. Но в 1947 г. муж без всякого предупреждения собрал все вещи, и даже ему не принадлежащие, и скрылся из дома в неизвестном направлении. Долго не могла забыть обиду. В 1956 г. тяжело переживала скоростижную смерть матери; в течение длительного времени отмечалось тоскливое настроение. В детстве перенесла «ветрянку», свинку, скарлатину, частые ангины. В 1951 г. перенесла арахноидит, после которого периодически наступала слабость. После ухода мужа из дома долго жила одна; продолжала работать по специальности. Последние два года

встречается с мужчиной, но не решается выходить за него замуж, хотя он ей это предлагает. Детей не имеет.

Считает себя больной с августа 1961 г. В то время находилась на отдыхе в Батуми. Однажды проснулась и пошла ночью в туалетную. Только зажгла свет, как на стенке появилась голова человека. Очень испугалась и начала кричать. Оказалось, что увидела тень головы одной из отдыхающих в санатории. В течение нескольких дней чувствовала себя плохо, «не могла успокоиться». Испытывала периодически неопределенный страх, фон настроения был снижен. После санаторно-курортного лечения продолжила работу. По долгу работы должна была в течение месяца несколько раз осуществлять суточное дежурство. Раньше на дежурство выходила спокойно. А после перенесенного страха на отдыхе начала испытывать сильное волнение перед каждым дежурством. Казалось, что во время дежурства должно случиться что-то неприятное, не могла спать; наяву представляла себе умирающих детей, которым она из-за волнения не сможет оказать помощь. Боялась, что ее могут уволить с работы и привлечь к ответственности. Страх перед дежурством появлялся накануне каждого дежурства и постепенно усиливался. Однажды в ноябре 1962 г. переходила улицу и увидела, как одна женщина упала в обморок. С тех пор при переходе улицы испытывает страх упасть в обморок. Усилился страх перед дежурствами и нарушился сон. Резко снизилась работоспособность из-за постоянных опасений и страхов. Стала плаксивой. В таком состоянии была направлена в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: пониженного питания, АД 95/70 мм рт. ст., гипергидроз ладоней. Знаков органического поражения центральной нервной системы не обнаружено.

В психическом статусе: расстройств психической деятельности не обнаруживает. В контакт вступает легко. Охотно рассказывает о себе, ищет сочувствия. В беседе несколько манерна, демонстративна. К обходу врача старается выглядеть «как можно лучше». При своем «плохом состоянии» старается себя «привести в порядок». Легко внушаема. Иногда состояние ухудшается, когда в отделении кому-то становится плохо. Легко внушает себе те или иные болезненные проявления соседей по палате. В основном, постоянно говорит о навязчивом страхе перед дежурством. Связывает большие надежды с лечением, просит врача помочь ей. Критически оценивает свое состояние. За период пребывания в отделении настроение колебалось. Вначале была выражена депримированность, настроение колебалось по экзогенному типу. Первоначально не верила в выздоровление, но была легко внушаема, после каждого психотерапевтического сеанса укреплялись уверенность в себе и вера в выздоровление. К концу лечения перестала думать о дежурствах, но даже когда вспоминала о них, страха не испытывала.

Выписалась домой в хорошем состоянии. Полученные катamnестические сведения через 6 месяцев после лечения свидетельствовали о том, что больная продолжала успешно работать. Чувствовала себя хорошо, спокойно переходила улицу. И, хотя она еще не дежурила, но в ожидании предстоящих дежурств не волнуется, а даже с охотой готовится к ним.

В приведенном наблюдении невроз развивался у личности с астено-демонстративным характером. Она была маловыносливой, обидчивой, легко ранимой, впечатлительной, внушаемой. Она быстро уставала на работе, медленно адаптировалась к новой обстановке, к людям. В трудных ситуациях чувствовалась эмоциональная напряженность. Все это свидетельствует о повышенной астенизации.

Развитию заболевания предшествовало множество мелких и крупных психотравм. Особенно тягостное впечатление на нее оказал внезапный уход мужа из дома. После этого у нее появились общее беспокойство, опасение и страх без конкретного содержания. И только после санаторно-курортного лечения, где она испугалась «тени», общий страх усилился и приобрел конкретное содержание. Она начала испытывать страх перед дежурствами, затем у больной развивается страх переходить улицу. Этот страх также возник по механизму самовнушения, после того как однажды, переходя улицу, увидела, как женщина упала в обморок.

Таким образом, у больных истерией навязчивости развиваются на фоне обостренных черт астено-демонстративного характера под влиянием длительных переживаний, на фоне которых острые психотравмирующие ситуации способствуют формированию навязчивых страхов по механизму самовнушения. В нашем случае

имели место страх перед дежурствами и страх переходить улицу, то есть здесь сочетались два страха. В отдельных случаях отмечалась одна фобия. Фобия всегда развивается не сразу вслед за психотравмой, а на определенном небольшом отдалении от нее по механизму самовнушения. У больных истерией с навязчивостями при обострении заболевания каждый раз появлялись фобии с новым содержанием.

5.4. Невроз навязчивых состояний.

Это такая форма невроза, которая возникает под влиянием психотравмирующих ситуаций, на фоне астено-боязливых черт характера, в клинической картине которых преобладают навязчивые страхи. Под «астено-боязливой» мы прежде всего понимаем личность, у которой склонность и к астенизации, и к боязливости внешне трудно определить. Только при глубоком анализе структуры личности этих больных можно обнаружить, что в детстве они страдали быстрой утомляемостью хотя внешне ничем не отличались от своих сверстников и окружающие этого не замечали. Чувство боязливости проявлялось в их стремлении дружить с более сильными, более выносливыми людьми, которые могли бы их в нужную минуту защитить, помочь в учебе. Пациенты сами о чувстве боязливости не говорят, а может быть, и не осознают его. Они, как правило, активны, общительны, но никогда не бывают откровенными со своими сверстниками. Иногда, в трудных ситуациях, внешне держатся спокойно, но спокойствие это достигается ценой больших усилий и большого напряжения. По нашим наблюдениям, у больных неврозом навязчивых состояний в преморбиде отмечались застенчивость, робость, впечатлительность, неуверенность в себе. В клинической картине этих больных отмечены фобии. Чаще всего страх смерти, клаустрофобия, агорафобия, страх перед острыми предметами т.д. Причем, в большинстве своем, страх возникает после острой психотравмы, почти одновременно с ней. Выше мы уже давали краткую характеристику навязчивостей. В связи с тем что долгое время навязчивости ассоциировались с понятием невроза навязчивых состояний и все виды навязчивостей рассматривались только в рамках невроза, хотелось бы остановиться на клинических особенностях навязчивостей, их разновидностях и принадлежности.

Ряд авторов (С.Н. Давыденков (1963); В.А. Гиляровский (1954); М.О. Гуревич (1940); и др.) отмечали, что навязчивые состояния могут встречаться у совершенно здоровых людей как результат переутомления, или действия каких-либо истощающих организм факторов (инфекции, интоксикации, алкоголизм и др.). Бывает, что «застревают в голове» какая-либо мелодия, мысль, слово или цифра, от которых трудно отделаться. Иногда перед сном у человека появляется беспокойство по поводу того, закрыл ли он двери на засов, выключил ли газ, погасил ли свет, и т.д.; он встает и все проверяет, а через некоторое время снова появляется беспокойство, и он проверяет уже проверенное. Также можно многократно проверять наличие билета, ключа и денег в кармане и т.д.

Некоторые люди необыкновенно требовательны к порядку в своей жизни. Они по-своему укладывают свои вещи, предметы повседневного обихода: кошелек, расческу, ключи от квартиры или машины, носовой платок всегда кладут в одно и то же место. Но все это для них не сопряженное с беспокойством, то есть свидетельствует только об их педантизме.

В настоящее время все навязчивости разделяют условно на три группы: навязчивые страхи, навязчивые мысли и навязчивые действия.

Чаще всего наблюдаются навязчивые страхи (фобии). Разновидностей последних так много, что их невозможно перечислить, их сейчас насчитывается более 2000, многие имеют специальные названия. Мы познакомимся с некоторыми из них.

Одна из самых старых фобий — боязнь пространства, известная под общим названием — **агорафобия**. Сюда относится боязнь площадей, улиц и т.д. При одной мысли, что больному нужно перейти площадь, им овладевает страх, что ему это не удастся, что он упадет, что он умрет, что его переедет трамвай. Нередко больной безуспешно борется с этим состоянием, понимая несостоятельность этого страха.

Клаустрофобия, или боязнь замкнутых пространств, проявляется в том, что больным овладевает страх, связанный с мыслью, что на него могут обрушиться

потолок и стены помещения, иногда страх овладевает им при езде в вагоне поезда, кажется, что он умрет, если не выберется из вагона поезда. Очень часто этот страх развивается в метро. Такой страх, связанный с нарастанием скорости поезда, был описан В.Ф. Чижом (1912).

В.М. Бехтеревым (1896) описано болезненное состояние, связанное с боязнью покраснеть в обществе. Это состояние мучительного ожидания и страха покраснеть совершенно не вовремя и некстати настолько тягостно для больных, что повергает их в отчаяние и нередко приводит их к суицидальным мыслям. Кроме того, В.М. Бехтеревым (1899; 1900; 1902) были описаны «навязчивая улыбка», «боязнь чужого взгляда» и др.

Некоторые авторы выделяют навязчивые действия, иногда проявляемые в ритуалах (С.С. Корсаков (1913); К. Jaspers (1913); С.А. Суханов (1914); П.Б. Ганнушкин (1933); В.А. Гиляровский (1954)).

И.Т. Ментеташвили (1956) считает, что ритуал по своему существу в корне разнится от всех видов навязчивости. Он рассматривается автором как защитное действие.

Т. Bilikiewicz (1959) отмечает, что с возрастом фобии исчезают иногда спонтанно. Никогда нет их в старости. Авторы выделяют также ситуационные фобии.

А.Г. Иванов-Смоленский (1922) делит все навязчивости на две группы: навязчивые явления возбуждения и навязчивые идеи задержки. К первой группе он относит навязчивые идеи, представления, воспоминания, желания, ассоциации, навязчивые страхи, навязчивые действия, поступки. Ко второй группе — боязнь высоких мест, открытых пространств, боязнь выступления перед аудиторией. По мнению автора, эти задержки по выполнению отдельных действий часто сопровождаются общим двигательным беспокойством, вегетативными расстройствами.

Многими авторами описаны самые разнообразные фобии. Это, например, айхнофобия или оксифобия — страх острых предметов, одна из наиболее часто встречающихся навязчивостей. Во время действия этих навязчивых страхов больными овладевает боязнь нанести ранение себе или окружающим. Мы наблюдали многих больных со страхом перед острыми предметами, большинство из них женщины, которые опасались нанести ножевые ранения своим детям. Реже встречается акрофобия или гипсофобия — страх высоты: находясь на высоте, больные боятся падения вниз. Антропофобия или гомалофобия — страх толпы, при котором у больных возникает боязнь потерять сознание в толпе, быть раздавленным. Дистиморфобия — страх уродства, когда больного постоянно мучает мысль о неправильном, уродливом развитии его тела. Мизофобия — страх нечистоты, боязнь загрязнения, особенно при прикосновении к чему-либо. Мифофобия — страх сказать неправду, в связи с чем больной избегает общения с людьми. Монофобия — страх одиночества, связанный с представлением о беспомощности одинокого человека. Нозофобия — страх заболеть какой-либо тяжелой, неизлечимой болезнью. К ним относятся акрофобия — боязнь чесотки; гельминтофобия — боязнь глистной инвазии; канцерофобия — боязнь раковой болезни; лиссофобия — боязнь заразиться бешенством, сифилофобия, спидофобия, боязнь заболеть психическим расстройством и мн. др. Сидородрофобия — боязнь ездить по железной дороге в связи с возможностью крушения. Особо частой формой навязчивого страха является танатофобия — страх смерти; тафефобия — страх быть заживо погребенным, фобофобия — страх перед возможностью возникновения навязчивого страха и т.д.

Наряду с симптоматическим описанием отдельных форм навязчивостей ряд авторов (J. Falret (1867); S. Westphal (1877); N. Stekel (1912); E. Kraepelin (1915); E. Bleuler (1916); S. Freud (1922)) выделяет болезненное состояние, связанное с развитием навязчивых идей, фобий, влечений, в самостоятельную нозологическую единицу под названием «невроза навязчивых состояний» (Zwangsneurose—Kraepelin; Bleuler; Angsneurose—Freud; Angszustande—Stekel). Как мы уже писали выше, P. Janet (1911) объединил понятия «болезненные сомнения», «бесплодное мудрствование», «навязчивые состояния» и «боязнь навязчивых представлений» и описал новый невроз, который он назвал «психастенией».

До настоящего времени существуют разные точки зрения на нозологическую самостоятельность невроза навязчивых состояний и психастении. Так, клиническое сходство между психастенией и неврозом навязчивых состояний позволило некоторым авторам (Л.Б. Гаккель (1963); В.К. Хорошко (1943); О. Выметал (1956); С.Н.

Давыденко (1963)) поставить между ними знак равенства. Ch. Muller (1954) называет этот невроз «навязчивая болезнь»; E. Sperling, A. Beroffka (1954) описывают «обсессивный невроз». Отдельные авторы (А.Г. Иванов-Смоленский (1912); Б.Н. Бирман (1950); В.А. Гиляровский (1954); А.С. Чистович (1954); В.Н. Мясищев (1955); Н.П. Татаренко (1956); М.Б. Умаров (1953, 1956); С.К. Яковлева (1958); А.М. Свядощ (1959); Б.Д. Карвасарский (1980); E. Jones (1960) выделяют невроз навязчивых состояний в качестве самостоятельной нозологической формы.

По мнению большинства из них (В.А. Гиляровский (1954); А.С. Чистович (1954); В.Н. Мясищев (1955); Н.П. Татаренко (1956); М.Б. Умаров (1953, 1956); Е.К. Яковлева (1958); А.М. Свядощ (1959); А.П. Лапите (1962); Д.А. Каменецкий (1968); Б.Д. Карвасарский (1980)), невроз характеризуется стойкими явлениями навязчивости, проявляющимися в той или иной форме. Мы полностью разделяем точку зрения С.К. Яковлевой (1958) относительно того, что для невроза навязчивых состояний основным симптомом заболевания являются фобии. Автор выделяет две формы этого заболевания: реактивную форму и форму развития и считает, что невроз навязчивых состояний развивается при наличии некоторых личностных особенностей, таких как, повышенная эмотивность, скрупулезность, склонность к самовнушению.

Причиной возникновения невроза навязчивых состояний является психотравмирующая ситуация. Чаще всего заболевание начинается остро. Навязчивые состояния сопровождаются рядом соматовегетативных расстройств, которые в свою очередь усиливают тревогу и напряженность. Развивается глубокая астенизация, меняется поведение больного. Нарастание интенсивности навязчивостей сопровождается, как правило, эмоциональными изменениями — от легкого понижения настроения до резко выраженной депрессии с суицидальными мыслями. Течение заболевания в большинстве своем носит приступообразный характер. По нашим наблюдениям, содержание навязчивого страха при каждом новом обострении невроза навязчивых состояний остается неизменным.

За долгие годы работы перед нами прошло огромное число больных, страдающих неврозом навязчивых состояний.

Как отмечено выше, под неврозом навязчивых состояний мы понимаем такое заболевание, которое развивается под влиянием психотравмирующей ситуации, действующей в большинстве своем остро (но иногда острая психическая травма действует на фоне хронической). Развивается невроз на фоне астено-боязливых черт характера (описанного выше). Чаще всего в клинической картине преобладают фобии; течение заболевания носит приступообразный характер, и при каждом обострении содержание навязчивостей не меняется.

Для иллюстрации клинических особенностей невроза навязчивых состояний приводим некоторые наши наблюдения.

Наблюдение № 6. Больной С. 53 лет, рабочий, поступил в отделение неврозов психиатрической клиники ДМИ с жалобами на навязчивый страх перед повешением, неприятные ощущения в сердце, желудке, колебания настроения, плохой сон.

Наследственность здоровая. Рано лишился родителей, воспитывался у родственников. Всегда был впечатлительным, робким, застенчивым, несколько трусливым. В 17 лет после легкого ушиба головы непродолжительное время испытывал страхи неопределенного содержания. Во время Великой Отечественной войны был под расстрелом, но «остался живым»; в 1944 г. тонул в Днепре, но «чудом спасся», после этого усилилась трусливость. Во время трудных ситуаций испытывал неопределенные страхи, растерянность. В тяжелых ситуациях искал помощи у сильных, волевых людей. После всего пережитого «стал более трусливым».

К новой обстановке привыкал быстро, с людьми сходилась легко. В школу пошел в 8 лет. Окончил 2 класса и бросил учебу в связи с тяжелым материальным положением родственников. Затем все же удалось закончить 7 классов и педтехникум. Учеба давалась легко, учился хорошо и с большим желанием. С 1936 по 1941 г. работал учителем младших классов. В первые годы войны жил на оккупированной территории, работал в колхозе. С 1943 по 1945 г. был на фронте. После войны работал на разных работах в колхозе, а затем перешел на работу на элеватор. Болел «испанкой», возвратным тифом, малярией, часто гриппом.

Женат. Имеет двоих детей. В молодости часто изменял жене, в связи с чем взаимоотношения в семье были неровными. Вредных привычек не имеет. Считает

себя больным с осени 1957 г. Заболеванию предшествовали частые семейные конфликты. После очередного семейного конфликта кто-то сообщил, что повесился сосед. После этого сообщения долго не мог уснуть, охватило чувство страха перед повешением. «Весь облился потом», но все же удалось успокоиться и уснуть. Утром, когда ехал на велосипеде на работу, вновь охватило чувство страха перед повешением, «сильно колотилось сердце», снизилось настроение. Мысли о повешении не покидали больного. Много думал над тем, почему он должен повеситься. Затем сменил место работы, и мысли о повешении оставили больного. В мае 1958 г. после очередной ссоры в семье и перенапряжения на работе вновь возобновились мысли о повешении, снизилось настроение, перестал спать по ночам. Получал амбулаторное общеукрепляющее лечение и продолжал работать. Навязчивые мысли тревожили больного около семи месяцев. Последующие два года чувствовал себя хорошо.

В июле 1961 г. после тяжелой физической работы (в тот день перенес на своих плечах около 200 мешков зерна) очень устал. Ночью не мог уснуть. Вновь возобновились навязчивые мысли о повешении на своей кровати. Начал прятать веревки. Постоянно анализировал свои страхи. Резко снизились настроение, работоспособность, появилась плаксивость. Был направлен в отделение неврозов.

В соматоневрологическом статусе: без патологии.

В психологическом статусе: Признаков расстройств психической деятельности не обнаруживает. В отделении поведение правильное. В меру общителен, но в первое время ничем не занимался и ничем не интересовался. Настроение было сниженным. Отмечались постоянные мысли о повешении. Боялся, как бы он этого не сделал, хотя постоянно говорил о том, что не может объяснить, почему он должен повеситься, в то время, как «очень хочется жить». Попытка бороться со страхами лишь усиливала их. Критически оценивал свое состояние. Фон настроения снижен, первое время иногда плакал, просил помочь ему избавиться от тягостного состояния. Чаще его посещали навязчивые мысли о повешении, когда он лежал на кровати, однако больше всего боялся повеситься именно на кровати. Плохо спал по ночам.

Диагноз: Невроз навязчивых состояний.

В результате проведения наркопсихотерапии удалось практически полностью купировать состояние. Навязчивые страхи полностью исчезли, выровнялось настроение. Улучшился сон. Выписан из больницы в прекрасном состоянии. Катамнестические сведения, полученные через три года, свидетельствовали о стойкости полученного высокого терапевтического эффекта. Навязчивых страхов не было вовсе. Изредка при переутомлении отмечались головные боли.

Преморбидные особенности нашего больного свидетельствуют о том, что он обладал астенобоязливым характером. У него было множество тяжелых стрессовых ситуаций, которые, несомненно, способствовали наращиванию общей астенизации и настороженности. На фоне частых конфликтов в семье, тяжелой работы сообщение о повешении соседа способствовало появлению страха, аналогичного содержанию психотравмы. На протяжении нескольких лет навязчивый страх перед повешением то затухал, то возникал вновь. Но всегда возникал один и тот же страх — страх перед повешением.

Обострение страха чаще всего наступало в состоянии сонливости, то есть в фазовом состоянии, когда патологические условно-рефлекторные связи, сформировавшиеся в начале болезни, легко оживлялись.

Наблюдение № 7. Больной В., 36 лет, главный инженер завода, поступил в психоневрологический диспансер г. Днепропетровска 16 февраля 1960 г. с жалобами на страх перед возможным появлением дрожи в правой руке, колебания настроения, плохой сон.

В анамнезе: родился в крестьянской семье девятым по счету ребенком. Отец — спокойный, добрый, мать — впечатлительная, ревнивая. Больной по характеру всегда был застенчивым, робким, несколько замкнутым; все свои переживания таил в себе, не делился ни с кем своими тайнами. В 17-летнем возрасте были большие переживания, связанные с пребыванием на оккупированной территории. Больного за подпольную работу преследовало гестапо.

В школу пошел в 7 лет. Окончил 10 классов. Учеба давалась легко, но учился много и упорно, до утомления. Был отличником. В школьные годы увлекался рыбной ловлей, разводил голубей. В своих знаниях всегда был уверен, но старался «первым не

высказываться». Во время экзаменов сильно волновался, хотя всегда был хорошо подготовлен к экзамену. Дружил больше с мальчиками; девочек сторонился из-за того, что не хотел, чтобы его дразнили: «Жених и невеста». Друзей своих никогда не подводил. С 1943 по 1945 г. служил в армии. После демобилизации поступил в строительный институт, который окончил в 1951 г. С тех пор работает на руководящей работе. Последние 5 месяцев работает главным инженером крупного металлургического завода. Первое время на новом месте работы чувствовал себя тревожно. Во время выступлений перед коллективом очень волновался. Женат, имеет дочь. Чем болел в детстве, не знает. В зрелом возрасте болел гриппом и ангиной. Курит много, алкогольные напитки употребляет умеренно.

Считает себя больным с 1945 г., когда после ряда переживаний, связанных с преследованием гестапо и тяжелой службой в армии, начало «побаливать сердце». С тех пор начал обращать внимание на свое здоровье. Стал мнительным.

Настоящее заболевание началось остро — 1 февраля 1960 г. — после ряда переживаний на работе, связанных с тем, что обрушился важный стратегический железнодорожный мост, в строительстве которого больной принимал активное участие. По этому поводу несколько раз вызывался в прокуратуру СССР, но «все обошлось». Накануне заболевания была мелкая ссора с женой, после чего ушел на работу взволнованный. Весь день не мог успокоиться. Мысли о конфликте с женой не покидали больного. Во время обеда в столовой обратил внимание на то, что у него начала дрожать правая рука, особенно в то время, когда подносил ложку ко рту. Охватило чувство страха. Вспомнил, что 1,5 года назад был эпизод, когда во время провозглашения тоста товарищи обратили внимание на то, что у него дрожала правая рука. А за два месяца до начала заболевания во время чтения доклада хотел напиться воды, и в это время рука задрожала так, что больной не смог поднести стакан ко рту. Тогда большого внимания не придал этому факту и вскоре об этом забыл. Однако появление дрожи в руке во время обеда в столовой вывело больного из равновесия. Начал волноваться, что окружающие могут обратить внимание на дрожь в руке и это в какой-то мере может скомпрометировать его. В течение двух ночей не спал. Все время присматривался к своей правой руке, не дрожит ли она. Но страх перед возможным появлением дрожи усиливался. Стал более раздражительным, снизилась работоспособность, стал плохо спать по ночам. Начал принимать снотворное. Появились кошмарные сновидения. В ночь с 15 на 16 февраля 1960 г. видел кошмарный сон, как его сотрудник флиртовал с его женой. Больной хотел ударить «ухажера» по лицу, но не мог, так как почувствовал, как ослабела его правая рука. Проснулся в «холодном поту», испытал чувство страха. Был госпитализирован.

В соматоневрологическом статусе: без патологии.

В психическом статусе: расстройств психической деятельности не обнаруживает. Жалуется на рассеянность, трудности в выполнении работы. Старается ничего не писать. Большую часть времени проводил в цехах, так как в кабинете «могут обратить внимание на дрожь в правой руке». Постоянно сосредоточивает внимание на руке, не дрожит ли она. Испытывает напряжение в правой руке. Старается не есть в столовой, чтобы не обратить внимание окружающих. Успокаивается только в домашней обстановке, плохо спит по ночам, видит кошмарные сны. Критически оценивает состояние. Просит помочь, избавить его от «тяжелой болезни». В отделении ведет себя правильно, старается меньше общаться с больными, в столовую приходит последним, чтобы никто не мог обратить внимание на дрожь в руке. Фон настроения снижен, отмечаются колебания настроения по экзогенному типу, сон тревожный. После проведенного лечения навязчивый страх постепенно угас. Перестал фиксировать внимание на своей правой руке, начал посещать столовую со всеми больными одновременно. Спокойно принимал пищу, не фиксируя внимание на правой руке, выравнивалось настроение, появилась уверенность в выздоровлении, нормализовался сон. В хорошем состоянии выписался домой. Через год больной сообщил, что год прошел без каких-либо воспоминаний о дрожи в правой руке. Работал много и напряженно, но навязчивый страх не появлялся.

Как и в первом случае, у данного больного преморбидные особенности представляют выраженные черты робости, боязливости, застенчивости. Тяжелые жизненные ситуации (преследование гестапо, тяжелые условия армейской жизни) настораживают больного относительно своего здоровья в связи с появляющимися периодическими болями в сердце. Еще в студенческие годы начал фиксировать

внимание на своем здоровье. После того как у больного непродолжительное время отмечался жидкий стул, появились нестойкие мысли о раке, в связи с тем что его сосед умер от рака кишечника и у соседа тоже был жидкий стул. Но мысли носили преходящий характер, и вскоре больной забыл о них. Получив сразу после окончания института ответственную работу, старался как можно лучше выполнять свои производственные обязанности. Крайне боялся каких-либо промахов. Работал много и напряженно, уставал. В это время по работе имели место тяжелые переживания в связи с привлечением его к судебной ответственности за ошибки, допущенные при строительстве железнодорожного моста на прежней работе. Но как только он освобождается от ответственности, ему дают новую, более ответственную работу. Работал очень много и напряженно. Однажды, за 1,5 года до начала заболевания, во время провозглашения тоста у больного появляется дрожь в правой руке, но большого внимания он этому не придал. За два месяца до начала заболевания, повторился эпизод с дрожью в правой руке во время чтения доклада, но больной быстро забывает об этом. После назначения на очередную ответственную работу конфликтная ситуация в семье вызвала более стойкий страх перед возможным появлением дрожи в правой руке, и он постоянно проверял, не дрожит ли она. В результате срыва нервной системы произошла разрегулированность основных нервных процессов: тормозного и раздражительного, в результате которой и возник «больной пункт» по И.П. Павлову, или «патодинамическая структура» по А.Г. Иванову-Смоленскому. Больной уже не мог самостоятельно преодолеть свой страх.

Таким образом, невроз возникает остро, но этот страх в рудиментарной форме уже имел место у больного ранее. Возникший страх не явился для больного чем-то неожиданным. Но характер страха, его глубина и продолжительность свидетельствуют о том, что обострение страха в очередной раз является не чем иным, как обострением прошлого страха, то есть возникновением прошлого приступа болезни, но более интенсивного. Все это свидетельствует о том, что для невроза навязчивых состояний при каждом новом обострении заболевания характерно появление страха с одним и тем же содержанием.

Глава 6. Дифференциально-диагностические критерии навязчивостей при различных неврозах.

Как мы писали, вышенавязчивые состояния могут встречаться при различных неврозах (истерия, неврастения, психастения, невроз навязчивых состояний), поэтому необходимо остановиться на дифференциально-диагностических критериях навязчивостей при различных неврозах.

А.М. Свядощ (1959) и Л.П. Лапитэ (1962) дифференцируют невроз навязчивых состояний от психастении следующим образом: при неврозе навязчивых состояний навязчивости могут быть первичными симптомами заболевания, а при психастении навязчивости развиваются на фоне тревожно-мнительного характера; содержание навязчивостей при неврозе навязчивых состояний почти всегда понятно и соответствует характеру экзогенного фактора или соматовегетативных расстройств. При психастении содержанию навязчивостей свойственны нестойкость, непродолжительность, изменчивость, нелепое содержание; течение невроза навязчивых состояний относительно благоприятно, приступообразно, психастении — неблагоприятное.

С.Н. Давыденков, Л.Б. Гаккель и др. считают, что при отдельных формах неврастений преобладают разнообразные навязчивые явления. А. Крейнлер (1963), А.М. Свядощ и др. описывают синдромы навязчивости при неврастении и истерии. По данным большинства авторов, в клинической картине этих неврозов отдельные навязчивости обычно тесно переплетаются с другими структурными элементами психопатологической симптоматики, характерной для данного конкретного невроза.

В процессе длительного наблюдения и изучения особенностей клинических проявлений неврозов с состояниями навязчивости нам удалось описать дифференциально-диагностические критерии каждого невроза в отдельности (истерия, неврастения, психастения, невроз навязчивых состояний).

По данным И.П. Павлова, у подавляющего большинства наших больных неврозами с состоянием навязчивости в преморбиде отмечались врожденные черты астеничности, с нашей точки зрения генетически обусловленные. «Поставщиком» неврозов является «слабый тип» нервной системы. Правда, очень редко у нас наблюдались пациенты, в преморбиде которых выявить какие-либо признаки общей слабости нам не удалось.

У больных неврозом навязчивых состояний и истерией с состоянием навязчивости пусковым механизмом заболевания чаще всего являлись острые психотравмирующие ситуации. В ряде случаев заболеванию предшествовали или хронически действующие психотравмирующие ситуации, или острые психотравмирующие переживания действовали на фоне хронических. У больных истерическими реакциями с состоянием навязчивости острой психотравме предшествовали различные вредные воздействия, ослабляющие нервную систему (инфекции, травмы черепа и т.д.).

При психастении и неврастении с состоянием навязчивости причинами возникновения заболевания главным образом были длительные неблагоприятные воздействия, в редких случаях сочетавшиеся также с астенизирующими организм и нервную систему факторами (чаще всего переутомление).

Если первоначальному развитию неврозов с состояниями навязчивости, как правило, способствовали психогении, довольно сильные и значимые для больных, то последующие обострения заболевания могли развиваться даже после незначительных переживаний.

Изучение взаимоотношений между характером психотравмы и типом навязчивости, особенно фобий, показало, что содержание последних в большинстве своем соответствует содержанию переживаний. Но имели место и исключения.

Мы наблюдали больного Б., 68 лет. По своим преморбидным особенностям он отличался выносливостью, активностью, приспособляемостью к любой ситуации. Всю войну служил на флоте, участвовал в боевых действиях, был контужен, «купался в Балтике в холодной воде». После войны закончил торговый институт. Успешно продвигался по работе. За два года до начала заболевания перенес тяжелый инфаркт. Но благодаря своей активности, строгому соблюдению режима полностью компенсировался. Продолжал работать и строго соблюдал режим труда и отдыха. В день заболевания, утром перед работой, во время завтрака, жена сообщила больному, что вчера вечером внезапно от инфаркта умер его «закадычный друг». Больной выронил из рук вилку и нож. Его охватил страх перед острыми предметами. Казалось бы, по логике вещей, что при сообщении о смерти друга от инфаркта миокарда, у больного, перенесшего накануне инфаркт, должен был возникнуть страх смерти именно от инфаркта. Но возник страх перед острыми предметами, что явно не соответствует содержанию психотравмирующего раздражителя.

Некоторые исключения составляют также навязчивые действия, которые проявляются чаще всего в виде ритуалов, не вытекающих из непосредственного содержания переживаний. В процессе изучения клинических проявлений неврозов с состояниями навязчивости некоторые дифференциально-диагностические критерии позволили нам разграничить некоторые формы неврозов с преобладанием явлений навязчивости.

Как отмечалось выше, навязчивости отдельными авторами описывались и дифференцировались в рамках психических и органических заболеваний центральной нервной системы (Д.С. Озерецковский (1950); В.П. Осипов (1923); В.А. Гиляровский (1935); М.О. Гуревич (1949)); некоторые авторы (Е.К. Яковлева (1958); А.М. Свядоц (1960)) описывали навязчивости в рамках неврозов и даже пытались дифференцировать навязчивости между неврозом навязчивых состояний и психастенией (А.М. Свядоц (1960)).

Однако в связи с тем, что дифференциально-диагностических критериев отграничения навязчивостей при всех неврозах в доступной нам литературе мы не нашли, постараемся сделать это на основании наших наблюдений.

Мы обнаружили, что при неврозе навязчивых состояний чаще всего наблюдается какая-либо одна навязчивость в виде монофобии. Причем она возникает остро, вслед за психотравмой (как в случае с больным Б., 68 лет, с навязчивым страхом перед острыми предметами). При обострении невроза навязчивых состояний содержание навязчивостей не меняется, то есть если возник страх перед острыми предметами, или страх смерти, или страх перед замкнутыми помещениями, то при повторном

нервном срыве содержание навязчивостей, возникших в период первичного болезненного состояния, не меняется.

В отличие от невроза навязчивых состояний, при истерии монофобии развиваться в редких случаях, более характерны множественные фобии (полифобии). В состоянии декомпенсации навязчивости не повторяются, а приобретают все новое и новое содержание. При истерии с навязчивостями навязчивые состояния развиваются по механизму самовнушения. Они возникают чаще всего не вслед за психотравмой, как у больных с неврозом навязчивых состояний, а некоторое время спустя.

У больных, страдающих психастенией и неврастенией с состоянием навязчивости, в клинической картине наблюдаются разнообразные навязчивые мысли, страхи действия. Однако в отличие от невроза навязчивых состояний и истерии с навязчивостями у этих больных навязчивости возникают не вслед за психотравмой, а спустя значительный период времени.

При психастении заболевание манифестирует заострением тревожной мнительности с тенденцией к самоанализу и самокопанию, различными сомнениями и чувством неуверенности в себе, то есть заострением выраженных черт астено-мнительного характера. У больных с неврастенией симптомы навязчивостей развиваются на фоне выраженной клинической картины неврастении: раздражительной слабости, эмоциональной лабильности, повышенной утомляемости, снижения работоспособности, неприятных ощущений в теле и т.д.

Изучение особенностей динамики неврозов с состояниями навязчивости показало, что в большинстве случаев имеет место непрерывное течение с периодическими обострениями, последние возникают под воздействием новых психотравмирующих ситуаций.

Глава 7. Терапия неврозов.

Психотерапия, по мнению многих специалистов, является ведущим и едва ли не единственно признанным способом лечения неврозов.

Однако терапия неврозов, по мнению большинства авторов, становится эффективной только при согласовании медикаментозного, и психотерапевтического воздействий.

По нашему глубокому убеждению, каждая из этих форм сама по себе (особенно после бурного развития психофармакологии) является высокоэффективной, но при их объединении успех лечения увеличивается многократно.

7.1. Психофармакология или медикаментозная терапия неврозов.

Вся современная медикаментозная терапия нервно-психических заболеваний базируется на применении высокоэффективных психотропных лекарственных препаратов, впервые разработанных во Франции в 1952 г. (Delay).

Первым психофармакологическим средством, примененным в психиатрии, является производное фенотиазина — хлорпромазин (аминазин). Те, кто были пионерами внедрения аминазина в лечебную практику, хорошо помнят его ошеломляющий эффект — «эффект разорвавшейся бомбы», который можно было сравнить только с эффектом внедрения в медицинскую практику антибиотиков. Психотропные средства, по мнению известного отечественного психофармаколога Г.Я. Авруцкого (1981), одного из пионеров их внедрения в практику лечения нервно-психических заболеваний, как и многие другие, прошли стадию неоправданного энтузиазма, затем столь же неоправданного пессимизма и лишь после проверки практикой заняли свое истинное место в комплексе лечения нервно-психических болезней. Психофармакология, по мнению Г.Я. Авруцкого, расширила границы терапевтического воздействия, изменила облик психиатрических больниц, открыв новые возможности для социально-трудовой реадaptации с возвращением больных в общество, к трудовой деятельности. Благодаря простоте применения, скорости и силе

воздействия на психопатологические расстройства и сравнительной безопасности расширились возможности внебольничного лечения.

После внедрения в медицинскую практику аминазина последующие годы характеризовались интенсивным синтезом психотропных средств в ряду фенотиазиновых производных (особенно в группе с пиперазиновой боковой цепью), а также открытием новых классов соединений (алкалоиды раувольфии, тиоксантены, бутерофеноны). Вслед за нейролептическими средствами были синтезированы первые антидепрессанты — ипрониазид (ипразид) и имипрамин (мелипрамин), положившие начало созданию новых препаратов в ряду ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) и трициклических соединений. Одновременно начался синтез транквилизаторов и психостимуляторов.

В настоящее время психофармакологические средства широко используются во всем мире и, несомненно, занимают первое место в лечебной практике, оттеснив лидирующие ранее методы «биологической терапии»: инсулинотерапию, электросудорожную терапию, хотя последняя в редких случаях и сейчас конкурирует с психофармакологией депрессий. Литература, посвященная применению психотропных средств, давно стала необозримой. Синтез новых психотропных препаратов в настоящее время нацелен на создание высокоэффективных средств без разного рода побочных действий.

Созданные отечественными исследователями (М.Д. Машковский, Н.И. Андреева, Р.А. Альтшулер и др.) высокоэффективные средства с оригинальными спектрами психотропной активности получили признание не только в нашей стране, но и за рубежом. Сюда относятся новые антидепрессанты пиридол, азафен, психостимулятор сиднокарб, один из наиболее сильных транквилизаторов с широким спектром действия феназепам, не имеющий, с нашей точки зрения, аналогов в мировой практике лечения навязчивостей.

Наряду с широким применением нейролептиков в психиатрической практике, приобретает большую актуальность применение транквилизаторов при лечении неврозов и неврозоподобных состояний.

Выделение неврологии в самостоятельную медицинскую науку, значительное увеличение количества больных, страдающих неврозами, способствуют поиску более эффективных лекарственных препаратов.

До настоящего времени лечение неврозов представляло собой одну из наиболее трудных проблем современной терапии в связи с тем, что нет четко выработанных границ всех форм функциональных расстройств центральной нервной системы. Особенно тех, которые обозначаются некоторыми авторами как «неврозоподобные состояния» и к которым относят ряд соматических заболеваний, таких, как гипертоническая, язвенная болезни.

По мнению Г.Я. Авруцкого (1981), терапия неврозов и неврозоподобных состояний включает в себя следующие основные задачи:

- устранение эмоциональных нарушений, типичных для невротического уровня поражения (эмоциональная лабильность, «раздражительная слабость», страхи, тревога, напряженность и др.);
- лечение астенических расстройств, преодоление физической и умственной истощаемости;
- регуляция вегетативных расстройств;
- лечение навязчивостей и фобий, если они имеются;
- коррекция личностных особенностей;
- устранение отрицательных внешних факторов;
- выявление и устранение соматических нарушений.

Мы полностью разделяем точку зрения Г.Я. Авруцкого относительно необходимости одновременного воздействия на все психические функции больного человека при лечении неврозов и неврозоподобных состояний. Так, ведущая роль в лечении больных с невротическими расстройствами принадлежит психотропным препаратам в сочетании с психотерапией.

Для успешного лечения неврозов и неврозоподобных состояний помимо транквилизаторов и антидепрессантов мы используем и активаторы мозговой активности — ноотропы.

Этот подход отвечает задачам, о которых говорил Г.Я. Авруцкий.

Целесообразность применения при лечении неврозов антидепрессантов, с нашей точки зрения, подтверждается наличием у большинства больных неврозами эмоциональных расстройств (задача № 1) у Г.Я. Авруцкого.

Необходимость назначения при лечении неврозов ноотропов обусловлена астеническими расстройствами, физической и умственной истощаемостью, вегетативными и соматическими расстройствами (задачи № 2, 3, 7).

И наконец, для успешного устранения навязчивостей, коррекции личностных отношений и устранения отрицательных внешних факторов (задачи № 5 и 6) крайне необходимы транквилизаторы и психотерапия.

Наш опыт подтверждает взгляды Ю.А. Александровского (1973; 1976) на то, что «транквилизаторы оказывают специфическое воздействие на психопатические расстройства, развертывающиеся на невротическом уровне». По нашему мнению, транквилизаторы также служат и вегетостабилизаторами, и устраняют вегетативные нарушения, являющиеся неотъемлемой частью невротического синдрома.

Специфическая активность транквилизаторов в отношении невротических проявлений психопатологических расстройств используется, по мнению Г.Я. Авруцкого, при лечении неврозов по общим принципам фармакотерапии, учитывающим избирательность антиневротического, а также вегетостабилизирующего и регулирующего сон компонентов, дозировку препарата, определенную по основному закону фармакологии (малые дозы — угнетают, большие — возбуждают). При лечении неврозов такой подход к определению показаний доз и комбинаций, а также динамичность и гибкость фармакотерапии еще более важны, чем при лечении психических заболеваний. Это связано с лабильностью симптоматики, готовностью больного к отрицательным реакциям в случаях даже незначительных «осечек» в лечении.

Прошло то время, когда при лечении неврозов и неврозоподобных состояний назначался один какой-то лекарственный препарат, и для успешного лечения неврозов необходимо назначать как минимум три препарата (антидепрессант, транквилизатор, ноотроп). Из антидепрессантов чаще применялся амитриптилин (при слабо выраженных эмоциональных расстройствах азафен или пиразидол); последнее время мы широко использовали коаксил. Из транквилизаторов мы назначали седуксен, элениум, тазепам, но чаще всего — феназепам, особенно при наличии навязчивостей. Из ноотропов мы предпочитаем ноотропил.

Более подробное описание сочетания этих препаратов и их дозировки при лечении отдельных неврозов в дальнейшем будут рассмотрены в описаниях лечения отдельных неврозов.

Сейчас мы опишем лекарственные средства, которыми мы чаще всего пользовались в практической деятельности.

Амитриптилин (Amitriptylinum) — 5-(3-Диметалаламинпропилиден)-10,11-дигидродибензогептен. Выпускается в виде гидрохлорида (Amitriptylini hydrochloridum).

Синонимы: Теперин, Триптизол, Amitriptylinum, Aderpil, Adepress, Amiprin, Atriptal, Daminel, Daprimen, Elatral, Elavil, Lantron, Laroxal, Laroxyl, Lentizol, Novotropin, Proheptadien, Redomex, Satoten, Sarotex, Teperin, Triptizol, Triptopol, Triptyl, Triptanol, Triptizol и мн. другие.

Амитриптилин, подобно имипрамину, является одним из основных представителей трициклических антидепрессантов. По строению отличается от имипрамина тем, что атом азота в центральной части трициклической системы заменен атомом углерода.

Является ингибитором обратного нейронального захвата медиаторных моноаминов, включая норадреналин, дофамин, серотонин и др. Ингибирования МАО не вызывает. Характерна значительная холинолитическая активность.

Тимолептическое действие сочетается у амитриптилина с выраженным седативным эффектом.

Применяется главным образом при эндогенных депрессиях. Особенно эффективен при тревожно-депрессивных состояниях; уменьшает тревогу, ажитацию и собственно депрессивные проявления.

Не вызывает обострения бреда, галлюцинаций и другой продуктивной симптоматики, что возможно при применении антидепрессантов — стимуляторов (имипрамин и др.).

Назначают внутрь, внутримышечно или внутривенно. Внутрь принимают (после еды), начиная с 0,05 — 0,075 г (50 — 75 мг) в день, затем дозу постепенно увеличивают на 0,025 — 0,05 г до получения желаемого антидепрессивного эффекта. Средняя суточная доза составляет 0,15 — 0,25 г (150 — 250 мг) на 3 — 4 приема (в течение дня и перед сном).

По достижении стойкого эффекта дозу постепенно снижают. При тяжелых депрессиях назначают до 300 мг (и более) в сутки. При тяжелых депрессиях можно назначать введение препарата внутримышечно или внутривенно (медленно!) в дозе 0,02 — 0,04 г (20 — 40 мг) 3 — 4 раза в день. Инъекции постепенно заменяют приемом препаратов внутрь.

Пожилым больным препарат назначают в меньших дозах; детям уменьшают дозы в соответствии с возрастом.

Амитриптилин относительно широко применяется в соматической медицине при депрессивных и невротических состояниях. Мы назначали внутрь при неврозах относительно малые дозы (0,0125 — 0,00625 = 1/2 — 1/4 таблетки).

Амитриптилин обычно хорошо переносится. В связи с наличием суггестивного эффекта не нарушает сон, и его назначают на протяжении всего дня, в том числе перед сном. Однако вследствие выраженного холинолитического эффекта при приеме амитриптилина могут наблюдаться сухость во рту, расширение зрачков и нарушение аккомодации, задержка мочеиспускания, а также сонливость, головокружение, тремор рук, парестезии, аллергические реакции, нарушение сердечного ритма.

Амитриптилин как препарат с выраженной холинолитической активностью противопоказан при глаукоме, атонии мочевого пузыря, гипертрофии предстательной железы. Его не следует назначать одновременно с ингибиторами моноаминоксидазы.

Форма выпуска: таблетки по 0,025 г (25 мг); 1%-ный раствор в ампулах по 2 мл (20 мг).

Хранение: список Б.

Азафен (Azaphenum) 2-(4-метил-1-пиперазинил)-10-метил-3,4-дизафеноксазина дигидрохлорид.

Синонимы: Азаксазин, Дизафен, Azaxazin, Dizaphenum, Piprophezin.

Кристаллический порошок желтовато-зеленоватого цвета. Легко растворим в воде, практически не растворим в спирте, РН 1,25% раствора 2,5 — 3,0.

Азафен является оригинальным отечественным антидепрессантом трициклической структуры. По фармакологическим свойствам близок к имипразину, ослабляет депримирующие эффекты резерпина, усиливает действие фенамина и 5-окситриптофана, но в отличие от имипрамина (и амитриптилина) не обладает холинолитической активностью. Ингибирующего влияния на МАО не оказывает. Тимолептическое действие сочетается с седативной активностью.

Азафен нашел широкое применение при лечении различных депрессий. Его назначают при астено-депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях, депрессивной стадии маниакально-депрессивного психоза, инволюционной меланхолии, депрессиях органического генеза, соматогенно обусловленных депрессиях, реактивных депрессиях, депрессивных состояниях, развивающихся при длительном лечении нейролептиками, а также при астенодепрессивных состояниях невротического характера. Может применяться в качестве «долечивающего» средства после лечения другими препаратами.

Препарат особенно эффективен при депрессиях легкой и средней тяжести; при глубоких депрессиях может применяться в сочетании с другими трициклическими антидепрессантами. Азафен при необходимости можно назначать в сочетании с нейролептиками.

В связи с хорошей переносимостью, достаточно сильной антидепрессивной активностью и седативным действием азафен широко применяется при болезнях, сопровождающихся депрессивными и невротическими состояниями. Имеются данные об эффективности азафена для лечения депрессивных состояний у больных с ишемической болезнью сердца.

С успехом используют азафен для лечения неглубоких алкогольных депрессий, протекающих как с тревогой, так и с заторможенностью.

Назначают азафен внутрь (после еды) в дозе 0,025 — 0,05 г (25 — 50 мг). Затем дозу постепенно увеличивают на 25-50 мг в сутки (в 3 — 4 приема). Обычно терапевтическая доза составляет 0,15 — 0,2 г в сутки. При необходимости увеличивают суточную дозу до 0,4 г. Курс лечения продолжается 1 — 1,5 месяца. По достижении терапевтического эффекта дозы постепенно понижают и переходят на поддерживающую терапию (25 — 75 мг в сутки).

Азафен обычно хорошо переносится. В отличие от имизина не вызывает у больных шизофренией обострения психической симптоматики (бред, галлюцинации), не усиливает тревогу и страх. Препарат не вызывает нарушений сна, и больные могут принимать его в вечернее время. Как правило, прием азафена улучшает сон.

Препарат не обладает кардиотоксическими свойствами. Отсутствие побочных явлений позволяет назначать препарат больным с соматическими заболеваниями и лицам пожилого возраста.

В связи с отсутствием холинолитического действия азафен можно назначать больным глаукомой и другими заболеваниями, при которых противопоказано применение препаратов, обладающих холинолитической активностью, в том числе имипрамина и амитриптилина.

В связи с хорошей переносимостью азафен более удобен для использования в амбулаторной практике, чем имизин и другие антидепрессанты.

В отдельных случаях при приеме азафена возможны головокружение, тошнота, рвота; при уменьшении дозы эти явления быстро проходят.

Азафен, как и другие трициклические антидепрессанты, не следует назначать совместно с ингибиторами МАО. После применения этих препаратов азафен можно назначать через 1 — 2 недели.

Форма выпуска: таблетки по 0,025 (25 мг) желтовато-зеленоватого цвета. В упаковке по 250 штук.

Хранение: список Б. В сухом, защищенном от света месте.

Пиразидол (Pyrazidolum) — 2,3а,4,5,6-Гексагидро-8-метил-1Н-пиразино-[3.2.1-j.k]-карбозола гидрохлорид, или 1,10-триметил-8-метил-1,2,3,4-тетрагидропиразино-[1.2а]-индола гидрохлорид.

Синонимы: Пирлиндол, Pirlindolum, Pirlindole.

Белый с желтоватым или зеленоватым опенком кристаллический порошок. Практически не растворим в воде.

Пиразидол является оригинальным отечественным антидепрессивным препаратом. По структуре отличается от других антидепрессантов тем, что является четырехциклическим соединением. Это производное индола, имеющее элементы структурного сходства с серотонином, а также резерпином и другими конденсированными индольными производными.

Пиразидол обладает выраженной антидепрессивной активностью, причем особенностью его действия является сочетание тимолептического эффекта с регулирующим влиянием на центральную нервную систему, выражающимся в активизирующем действии у больных с апатическими, анергическими депрессиями и седативном эффекте у больных с ажитированными состояниями. В определенной мере пиразидол обладает также ноотропной активностью и улучшает познавательные (когнитивные) функции.

Нейрохимический механизм действия пиразидола связан с его влиянием на содержание и обмен в ЦНС нейромедиаторных моноаминов. В первую очередь он ингибирует активность МАО. Особенность пиразидола — избирательное ингибирование МАО типа А, носящее кратковременный и полностью обратимый

характер. Этим он существенно отличается от неизбирательных — необратимых ингибиторов МАО группы ипрониазида.

Следует учитывать и разную степень ингибирования пиразидолом дезаминирования моноаминов. Он сильно блокирует дезаминирование серотонина и норадреналина и относительно мало влияет на дезаминирование тирамина, что создает меньше предпосылок для развития «сырного» синдрома. Пиразидол частично ингибирует также и обратный захват моноаминов, что сближает его в определенной степени с трициклическими антидепрессантами. В совокупности применение пиразидола приводит к значительной активации процессов синаптической передачи нервного возбуждения в ЦНС.

Фармакологически пиразидол характеризуется ослаблением депрессивных эффектов резерпина, потенцированием действия фенамина, L-дофа, 5-окситриптофана. В отличие от трициклических антидепрессантов пиразидол не оказывает антихолинергического действия.

Назначают пиразидол больным с маниакально-депрессивным психозом, шизофренией с аффективными расстройствами и инволюционным психозом, протекающим с депрессией. Препарат показан при депрессиях с психомоторной заторможенностью, а также депрессиях, сопровождающихся тревожно-депрессивными и тревожно-бредовыми компонентами, астенической, ипохондрической и невротической симптоматикой.

Больным алкоголизмом, особенно в период абстиненции, пиразидол назначают для уменьшения депрессивных и тревожно-депрессивных состояний.

В связи с положительным влиянием на когнитивные функции пиразидол может быть полезен в комплексной терапии старческих деменций (болезнь Альцгеймера и др.).

При необходимости можно сочетать пиразидол с нейролептиками, транквилизаторами.

Назначают пиразидол внутрь в таблетках. Лечение начинают с 50 — 75 мг (0,05 — 0,075 г) в день в 2 приема, постепенно увеличивая дозу на 25 — 50 мг. Обычно терапевтический эффект достигается к 7 — 14 дню лечения при применении в дозе 150 — 300 мг в день. При необходимости и хорошей переносимости суточная доза может быть увеличена до 400 мг. По достижении терапевтического эффекта лечение продолжают индивидуально подобранной дозой еще в течение 2 — 4 недель, после чего дозу постепенно уменьшают. При невротических и реактивных депрессиях препарат применяют в меньших дозах.

Пиразидол обычно хорошо переносится. Отсутствие холинолитического действия позволяет применять его у больных (при глаукоме, аденоме), которым противопоказаны антидепрессанты, обладающие холинолитической активностью, например амитриптилин, имипрамин и др.

В редких случаях, при повышенной чувствительности, могут наблюдаться небольшая сухость во рту, потливость, тремор рук, тахикардия, тошнота, головокружение. Эти явления быстро проходят при уменьшении дозы.

Хорошая переносимость позволяет применять пиразидол у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями. Имеются данные об использовании пиразидола при лечении депрессивных состояний у больных со стенокардией.

Препарат противопоказан при острых воспалительных заболеваниях печени, болезнях кроветворной системы.

Нельзя назначать пиразидол одновременно с антидепрессантами — ингибиторами МАО. Его можно назначать через две недели после применения ингибиторов МАО. В связи с антимонаминоксидазной активностью препарата возможна повышенная реакция на адреналин и другие симпатомиметические амины в случае их введения больному во время приема пиразидола. Введение этих препаратов во время лечения пиразидолом не рекомендуется.

Форма выпуска: таблетки по 0,025 г и 0,05 г (25-50 мг). Светло-желтого цвета в упаковке по 50, 100, 500 и 1000 штук.

Хранение: список Б. В сухом, защищенном от света месте.

Феназепам (Phenazepamum) — 7-Бром-5-(арто-хлорфенил)-2-3-дигидро-1Н-1,4-бензодиазепин-2-ОН.

Синоним: Fenazepam.

Белый или белый с кремовым оттенком кристаллический порошок. Не растворим в воде, мало растворим в спирте.

Феназепам является отечественным высокоактивным транквилизатором. По силе транквилизирующего и анксиолитического действия превосходит другие транквилизаторы: оказывает также выраженное противосудорожное, миорелаксантное и снотворное действие. При применении вместе со снотворными и наркотическими средствами происходит взаимное усиление влияния на ЦНС.

Феназепам назначают при различных невротических, неврозоподобных, психопатических и психопатоподобных состояниях, сопровождающихся тревогой, страхом, повышенной раздражительностью, эмоциональной лабильностью. Препарат эффективен при навязчивости, фобии, ипохондрических синдромах (в том числе резидентных к действию других транквилизаторов), показан также при психогенных неврозах, панических реакциях и др., так как снимает состояние тревоги и страха. Г.Я. Авруцкий (1984) указывает, что феназепам по силе седативного и главным образом противотревожного действия не уступает некоторым нейролептикам.

Феназепам применяют также для купирования алкогольной абстиненции. Кроме того, назначают как противосудорожное и снотворное средство. По силе снотворного действия приближается к нитрозепаму.

Может также применяться для премедикации при подготовке к хирургической операции.

Назначают феназепам внутрь в виде таблеток. В амбулаторных условиях назначают взрослым по 0,00025 — 0,0005 г (0,25 — 0,5 мг) 2 — 3 раза в день. В условиях стационара суточная доза может быть увеличена до 0,003 — 0,005 г (3 — 5 мг); при лечении эпилепсии суточная доза составляет от 0,002 г до 0,01 г (2 — 10 мг) в день.

При расстройствах сна принимают по 0,00025 — 0,001 (0,25 — 1 мг) за 20 — 30 минут до сна. Иногда дозу увеличивают до 0,0025 г (2,5 мг). Максимальная суточная доза не должна превышать 0,01 г.

Возможные побочные явления и противопоказания такие же, как для хлорземина и сибазона. Следует учитывать, что в связи с высокой активностью феназепама чаще могут наблюдаться атаксия, сонливость, мышечная слабость, головокружение.

Форма выпуска: таблетки белого цвета по 0,0005 г и 0,001 г (0,5 — 1 мг), в упаковке по 50 штук и по 0,0025 г (2,5 мг) в упаковке по 20 штук.

Хранение: список Б. В сухом прохладном, защищенном от света месте.

Ноотропные препараты

Термин «ноотропы» был впервые предложен в 1972 г. автором препарата «пирацетам» К. Жиурджеа для средств активизирующих интегративные функции мозга, облегчающих обучение, улучшающих память и умственную деятельность, повышающих устойчивость мозга к агрессивным воздействиям, усиливающих кортико-субкортикальные связи. В последнее время спектр действия этой группы препаратов конкретизирован следующим образом: ноотропными следует считать вещества, активизирующие высшую интегративную деятельность мозга, восстанавливающие нарушенные мнестические (то есть связанные с памятью) и мыслительные функции, снижающие неврологические дефициты и повышающие резистентность организма к экстремальным воздействиям.

Средств, обладающих всем комплексом эффектов, в настоящее время не существует, да и вряд ли можно ожидать их появления в ближайшее время. Тем не менее термин «ноотропы» вошел в медицинский обиход, и препараты, обладающие перечисленными выше свойствами, в той или иной степени стали объединять в группу ноотропных средств.

Основными препаратами этой группы являются пирацетам и ряд его аналогов и гомологов (этирацетам, оксирацетам, амирацетам, дипирацетам и др.), пиридитол, ацафен, а также ряд других препаратов, структурно связанных с гамма-аминомасляной кислотой (аминолон, натрий оксипутират, пантогам, фенибут, пикамилон, и др.) и некоторые другие.

По фармакологическим свойствам ноотропы отличаются от других психотропных препаратов. Они не оказывают выраженного психостимулирующего или седативного

действия, не вызывают специфических изменений биоэлектрической активности мозга. Вместе с тем они в той или иной степени стимулируют передачу возбуждения в центральных нейронах, облегчают передачу информации между полушариями головного мозга, улучшают энергетический обмен и кровоснабжение мозга, повышают его устойчивость к гипоксии. Наиболее важным проявлением их действия является активация интеллектуальных и мнестических функций, антигипоксическая активность. В условиях эксперимента на животных особенно характерно их положительное влияние на процессы обучения и памяти. Способность улучшать познавательные (когнитивные) функции дала основание обозначать препараты ноотропила как «стимуляторы познания».

Характерным свойством ноотропов является их антигипоксическое действие. Способность уменьшать потребность тканей в кислороде и повышать устойчивость организма к гипоксии характерна в той или иной степени для всех ноотропных препаратов. Особенно выраженным антигипоксическим действием обладает натрий оксibuтират.

Ноотропы характеризуются относительно низкой токсичностью, не вызывают нарушений кровообращения.

Механизм действия ноотропных препаратов изучен недостаточно.

Пирацетам имеет по химической структуре сходство с гамма-аминомасляной кислотой (ГАМК) и может рассматриваться как синтетический аналог этой аминокислоты, являющейся основным центральным тормозным нейромедиатором. Однако в организме пирацетам в ГАМК не превращается и содержание её в мозге не повышается. Вместе с тем в относительно больших дозах и при повторном введении пирацетам способен усиливать ГАМКергические тормозные процессы. Таким образом, оказываются возможным ГАМКергическое действие пирацетама и участие ГАМКергических процессов в механизме действия ноотропных средств. Вместе с тем не исключено влияние ноотропных средств на другие нейромедиаторные системы мозга, включая аминокислотные и моноаминергические. Известно, что пирацетам усиливает синтез дофамина, повышает уровень норадреналина в мозге. Под влиянием пирацетама и ацефана увеличиваются содержание ацетилхолина в синапсах и плотность холинергических рецепторов. Некоторые ноотропы повышают содержание в мозге серотонина.

Особо важным в механизме действия ноотропов на метаболические и биоэнергетические процессы в нервной клетке являются активация синтеза белка, улучшение утилизации глюкозы, усиление синтеза аденозинтрифосфата, антигипоксическое и мембраностабилизирующее действие др.

В связи с влиянием на метаболические процессы в головном мозге препараты, относящиеся к группе ноотропов, стали обозначать так же, как «нейрометаболические средства».

Благодаря своим свойствам ноотропные средства в последние годы стали широко использоваться в разных областях медицины, в том числе в гериатрической и педиатрической практике.

Пирацетам (Pyracetamum). 2-оксо-1-пирролидинацетамид.

Синонимы: Ноотропил, Nootropil, Пирамем, Pyramem, Арадал, Breitox, Cerebropan, Ceretram, Ciclocetam, Cincilan, Dinuel, Dinogen, Encefalux, Eumental, Euvifor, Fortineural, Gabacet, Gericetam, Merapiran, Neutrofilin, Noocebril, Noocefal, Normabrain, Norotrop, Norzetam, Piramem, Piratam, Pirroxil, Stimubral, Stimucartex, и др.

Белый или почти белый кристаллический порошок. Хорошо растворимый в воде, растворим в спирте; pH водных растворов 5,0 — 7,0.

Пирацетам является основным представителем группы ноотропных препаратов. В настоящее время синтезирован целый ряд его непосредственных аналогов и гомологов (этапирацетам, оксипирацетам и др.), сходных с ним по действию, однако пирацетам продолжает оставаться основным препаратом этой группы.

Пирацетам хорошо всасывается при приеме внутрь. При введении его в организм проникает в разные органы и ткани, в том числе в ткани мозга. Практически не метаболизируется. Выводится почками.

Пирацетам оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга. Стимулирует окислительно-восстановительные процессы,

усиливает утилизацию глюкозы, улучшает региональный кровоток в ишемизированных участках мозга. Препарат увеличивает энергетический потенциал организма за счет ускорения цикла АТФ, повышения активности аденилатциклазы и ингибирования нуклеотидфосфатазы. Улучшение энергетических процессов под влиянием пирацетама приводит к повышению устойчивости тканей мозга при гипоксии и токсических воздействиях. Имеются данные об усилении под воздействием пирацетама синтеза ядерной РНК в клетках головного мозга.

Препарат весьма мало токсичен (в острых опытах на животных летальная доза превышала 10 г/кг при введении в вену). Лечебные свойства пирацетама определяются его способностью улучшать интегративную деятельность мозга, способности консолидации памяти, улучшать процессы обучения, восстанавливать и стабилизировать нарушенные функции мозга.

Применяют пирацетам у взрослых и у детей при разных заболеваниях нервной системы, особенно связанных с сосудистыми нарушениями и патологией обменных процессов мозга, в том числе у людей пожилого и старческого возраста.

В неврологической практике назначают при атеросклерозе головного мозга, сосудистом паркинсонизме, других симптомах церебрально-сосудистой недостаточности, проявляющейся в нарушениях памяти, внимания, речи, головокружениях и др., а также при изменениях мозгового кровообращения, при коматозных и субкоматозных состояниях после травм головного мозга и интоксикаций, а также в период восстановительной терапии после таких состояний. Применяют пирацетам и при заболеваниях нервной системы, сопровождающихся снижением интеллектуально-мнестических функций и нарушениями эмоционально-волевой сферы.

В психиатрической практике пирацетам используют у больных с неврологическими и астенодинамическими депрессивными состояниями различного генеза с преобладанием в клинической картине признаков адинамии, астенических и сенесто-ипохондрических нарушений, явлений идеаторной заторможенности, а также при вялоапатических дефектных состояниях у больных шизофренией, при психоорганических синдромах различной этиологии, сенильных и атрофических процессах, в комплексной терапии различных психических заболеваний. Пирацетам можно также применять в качестве вспомогательного средства при лечении больных с депрессивными состояниями, резистентных к антидепрессантам, а также при плохой переносимости нейролептиков и других психотропных средств с целью устранения или предотвращения вызываемых ими соматовегетативных, неврологических и психических осложнений.

В связи с улучшением функций мозга (интегративных, когнитивных и др.) пирацетам нашел широкое применение в геронтологической практике. Может применяться в комплексной терапии старческой деменции (в том числе болезни Альцгеймера).

Имеются данные о положительном действии пирацетама у больных ишемической болезнью сердца в пожилом и старческом возрасте. Отмечены усиления действия антиангеальных препаратов, снижение потребности в нитроглицерине, регрессия признаков сердечной недостаточности.

Препарат применяют также в педиатрической практике при различных церебростенических энцефалопатических нарушениях, расстройствах памяти, интеллектуальной недостаточности и др.

Имеются данные о целесообразности применения пирацетама для уменьшения явлений гипоксии и ишемии мозга при острых вирусных нейроинфекциях.

Пирацетам используют также для купирования абстинентных, пре- и делириозных состояниях при алкоголизме и наркоманиях, а также в случаях острого отравления алкоголем, морфином, барбитуратами и др. Применение пирацетама в комплексе средств купирования острых явлений алкогольной абстиненции снижает выраженность церебральных сосудистых расстройств, уменьшает головные боли, головокружение, чувство апатии, сонливость. При хроническом алкоголизме пирацетам назначают для уменьшения явлений астении, интеллектуально-мнестических и других нарушений психической деятельности.

По экспериментальным данным пирацетам усиливает действие антидепрессантов и при комбинированном применении может повысить их эффективность.

В связи с антигипоксическим действием рекомендуется применение пирацетама в комплексном лечении больных инфарктом миокарда.

Назначают пирацетам внутрь (до еды), внутримышечно и внутривенно, при тяжелых церебральных заболеваниях, коматозных состояниях, при лечении отравлений, купировании абстинентных, пре- и делириозных состояний или остро возникающих осложнений. Продолжительность лечения и выбор индивидуальной дозы в этих случаях зависят от тяжести состояния больного и скорости обратной динамики клинической картины заболевания. После улучшения состояния переходят к пероральному приему препарата.

При лечении хронических состояний пирацетам применяют обычно внутрь, начиная с 1,2 г (по 0,4 г 3 раза в сутки) и доводят дозу до 2,4 г, иногда до 3,2 г и более в сутки. Терапевтический эффект в этих случаях отмечается, как правило, через 2-3 недели от начала лечения. В последующем дозу снижают до 1,2-1,6 г (по 0,4 г 3-4 раза в сутки).

Детям назначают пирацетам в виде таблеток или сиропа, приготовленного из гранул.

Таблетки покрыты оболочкой желтого цвета (по 0,2 г). Назначают в следующих дозах: в возрасте до 5 лет — по 0,2 г 3 раза в день (до 0,8 г в сутки); от 5 до 16 лет по 0,4 г 3 раза в день (максимальная суточная доза 1,8 г).

Детям в возрасте от 1 года до 5 лет дают пирацетам мерной чашечкой 3 раза в день в виде сиропа по 10 мг (до 40 мл в сутки); от 5 до 16 лет — по 20 мл сиропа 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — до 90 мл сиропа.

Курс лечения пирацетамом продолжается от 2-3 недель до 2-6 месяцев.

При необходимости его повторяют через 6-8 недель.

Лечение пирацетамом может сочетаться с применением психотропных, сердечно-сосудистых и других лекарственных средств.

При лечении острых поражений головного мозга пирацетам назначают в комплексе с другими методами дезинтоксикационной и восстановительной терапии, а при лечении психотических состояний — с соответствующими психотропными средствами.

Пирацетам обычно хорошо переносится. У отдельных больных возможны явления возбуждения, повышенная раздражительность, беспокойство, нарушение сна; у больных пожилого возраста иногда отмечается обострение коронарной недостаточности. В этих случаях следует уменьшить дозу или прекратить прием препарата.

При лечении пирацетамом (в гранулах) возможны аллергические реакции, проявление индивидуальной непереносимости в виде кожных высыпаний и желудочно-кишечных расстройств. Это связано со значительным количеством сахара в данной лекарственной форме. Детям, принимающим лекарство, норму сахара снижают до 20 г.

Детям от 1 года до 5 лет норма сахара не должна превышать 30 г, а для 4-6-летних — 35 г в сутки.

Помимо этого, рекомендуется исключить из рациона сладости.

Применение пирацетама противопоказано при острой почечной недостаточности, у детей с диабетом и наличием в анамнезе указаний на аллергические реакции, связанные с употреблением фруктовых соков, эссенций и т.д. Препарат не рекомендуется назначать детям до 1 года.

Форма выпуска: капсулы, содержащие по 0,4 г пирацетама, в упаковке по 60 капсул; таблетки по 0,2 г, покрытые оболочкой (желтого цвета), в упаковке по 60 или 120 штук, 20%-ный раствор в ампулах по 5 мл (1 грамм препарата в ампуле) в упаковке по 10 штук.

Хранение: список Б. В сухом защищенном от света месте.

Из множества существующих психотропных препаратов и ноотропов мы описали всего пять (амитриптилин, азафен, пиразидол, феназепам и ноотропил), позаимствовав аннотации из Справочника лекарственных средств под редакцией М.Д. Машковского (1993)³. Эти препараты мы используем.

³ Мы благодарны всем авторам, принявшим участие в составлении справочника «Лекарственные средства» под редакцией М.Д. Машковского.

С нашей точки зрения при лечении неврозов и неврозоподобных состояний обязательной является лекарственная терапия, которая способствует созданию фона для более эффективного воздействия того или иного психотерапевтического приема. Следует иметь в виду, что для любых невротических картин, помимо основных симптомов заболевания, помогающих отграничить одни формы неврозов от других, существует некая общая симптоматика, которая встречается в клинической картине каждого невроза. К таким симптомам, несомненно, относятся явления общей астенизации, колебания настроения, эмоциональная неустойчивость, нарушение сна. Мы эти симптомы называем неспецифическими.

Для купирования этих симптомов и предполагается назначение антидепрессантов, транквилизаторов и ноотропов. Причем мы рекомендуем назначать одновременно не менее трех препаратов. Антидепрессанты способствуют выравниванию эмоционального фона; транквилизаторы устраняют явления раздражительности и нормализуют сон, а ноотропы (мы чаще всего пользовались ноотропилом) способствуют устранению явлений нервной слабости.

Выбор антидепрессанта (от амитриптилина до азафена) диктуется глубиной эмоциональных расстройств при неврозах. Там, где эмоциональные расстройства приобретают характер депрессивной картины, мы прибегали к назначению амитриптилина или пиразидола, а в случаях мало выраженных эмоциональных нарушений назначали азафен.

В тех случаях, когда в клинике эмоциональных сдвигов имеют место явления незначительной ажитации, страха, мы пользовались амитриптилином. Из транквилизаторов мы чаще всего применяли феназепам, который, с нашей точки зрения, является наиболее эффективным успокаивающим и антистраховым препаратом. Что касается ноотропила, то помимо его способности активизировать деятельность головного мозга он потенцирует действие лекарств, что позволяет нам назначать их в минимальных дозах.

Врач, предлагая лекарственную терапию, оформляет лист назначений.

Лист назначений: Больной Н. дата:

п/п	Лекарства	После завтрака	После обеда	После ужина	На ночь
1	Амитриптилин	1/4 таблетки	1/4 таблетки	-	1/4 таблетки
2	Феназепам	1/2 таблетки	1/2 таблетки	-	1/2 таблетки
3	Ноотропил	2 капсулы	2 капсулы	-	-

В листе назначения, приведенном выше, врач пишет фамилию, инициалы больного и дату назначения лекарства. Затем в лист назначения врачом вписываются лекарства, которые он считает необходимыми для каждого конкретного больного. После внесения всех необходимых лекарств в лист назначений врач подробно начинает разъяснять больному, какие лекарства он ему назначил, как эти лекарства будут действовать на пациента. Такой осознанный прием лекарств усиливает их эффективность. Кроме того, врач старается также указать на побочные влияния этих препаратов, если таковые имеют место.

Психотерапию мы рекомендуем начинать через 4-6 дней после начала лекарственной терапии. Если больные просили начать психотерапию сразу после осмотра, врач объяснял, что для большей ее эффективности врачу необходимо подготовиться, проанализировав патофизиологические особенности болезни, и подобрать наиболее адекватное воздействие. Такое объяснение, с нашей точки зрения, способствует лучшей подготовке больного, усилению внушения и повышению эффективности психотерапевтического лечения.

Подбор соответствующих лекарственных средств и их правильная дозировка, несомненно, являются показателем высокого мастерства врача.

Познакомив читателя с нашей позицией относительно необходимости медикаментозной терапии при неврозах, мы изложим мнение на этот счет самых авторитетных специалистов в области психофармакологии и неврологии.

Ю.А. Александровский (1973), применяя при лечении неврозов седуксен в комбинации с рациональной терапией, отмечает, что терапия седуксеном способствовала достаточно быстрому уменьшению аффективной насыщенности переживаний, более высокой адаптации к ситуации в том случае, если ситуация оставалась неразрешенной, и, наконец, полной редукции невротического состояния. Автор предлагает принимать седуксен и после выздоровления с целью «закрепления терапевтического эффекта и профилактики повторных невротических срывов».

По данным Александровского, у больных неврастениями в зависимости от выраженности гипер- или гипостенических нарушений четко выявлялось различие в эффекте приема транквилизаторов. В более легких случаях предлагалось назначать больным хлордиазепоксид, ниразепам, а в более тяжелых случаях — проперциазин, тиоридазин и др.; под влиянием этих препаратов прежде всего снижались характерные для больных раздражительность, возбудимость, взрывчатость, а в процессе психотерапии — «внутренняя напряженность» и нетерпеливость, происходило выравнивание эмоционально-волевого барьера. В результате психофармакотерапии значительно улучшали нарушенные у больных засыпание и глубину ночного сна.

В случае преобладания в клинической картине заболевания гипостенических неврастенических расстройств наибольший эффект наблюдался при назначении транквилизаторов — активаторов, обладающих, наряду с успокаивающим влиянием, активирующим и стимулирующим эффектом. Под их воздействием отмечались главным образом редукция повышенной утомляемости, вялости. Для большей эффективности психофармакологической терапии автор, наряду с транквилизаторами, рекомендовал назначать в первую половину дня психотонизирующие средства (фенамин, сиднокарб, золотой корень, китайский лимонник и др.). Для профилактики обострения болезни рекомендовано было принимать психотонизаторы несколько дней. Для лечения вегетативных нарушений при неврозах автор рекомендовал диазепам, обладающий высокой «тропностью». Однако для полного избавления от всех болезненных симптомов неврастении требовалось психотерапевтическое воздействие, без которого, по мнению автора, терапевтическое действие психофармакологических препаратов носило бы временный и симптоматический характер.

По мнению Ю.А. Александровского, психофармакотерапия приводит к уменьшению интенсивности и частоты всех истерических проявлений и гармонизации психической деятельности. При выраженном истерическом состоянии требуется длительное проведение психофармакотерапии. В этих случаях наиболее эффективными оказались транквилизаторы с «глобальным» психотропным эффектом (диазепам, хлордиазепоксид), а также некоторые нейролептические препараты. Узкосимптоматическое психотропное влияние на истерические двигательные, соматические и невротические расстройства транквилизаторы не оказывали. Как правило, купировать истерический припадок, даже при внутримышечном введении транквилизатора, не удавалось, но удавалось смягчить силу истерических конвульсий. Благодаря психолептическому эффекту значительно облегчалось в этот момент психотерапевтическое воздействие.

У больных психастенией, свойственные им сомнения, нерешительность, неуверенность, робость, самокопание в себе в процессе терапии транквилизаторами подвергались значительному изменению, прежде всего терялась аффективная напряженность психастенических переживаний. Это создавало возможности для проведения индивидуальной разъяснительной психотерапии.

При неврозе навязчивых состояний терапевтический эффект транквилизаторов не был равнозначен и зависел от выраженности у больных эмоциональной насыщенности переживаний и от наличия и характера фобических расстройств в структуре невроза. Наиболее эффективными при лечении навязчивостей оказались диазепам и хлордиазепоксид, а также их комбинации с нейролептическими препаратами.

Важной особенностью терапии транквилизаторами, по мнению Ю.А. Александровского, является возможность купирования вегетативных расстройств, в результате чего значительно облегчается выполнение того или иного «запретного» действия. Это по мнению автора, способствует видоизменению течения навязчивостей и облегчает общее состояние больных неврозами. Хотя в случае больных с навязчивыми мыслями и представлениями транквилизаторы, как правило,

были менее эффективны, чем у пациентов с фобическими, однако острота переживаний снижалась, что создавало условия для эффективного применения психотерапии. При наличии в клинической картине невроза астено-депрессивных расстройств рекомендовано применять транквилизаторы с комплексным успокаивающим и активизирующим эффектами (тацимин, триоксазин, диазепам). По опыту автора применение в этих случаях нейролептиков и трициклических антидепрессантов способствовало в ряде случаев ухудшению состояния.

Г.Я. Авруцкий (1981; 1984) также считал, что такие типичные невротические расстройства, как навязчивости, страх, тревога, успешно лечатся транквилизаторами. Последние служат и вегетостабилизаторами, устраняя вегетативные нарушения невротического генеза. По мнению автора, применение антидепрессантов типа мелипрамина и амитриптилина дает значительно меньший эффект и зачастую даже приводит к ухудшению состояния.

Транквилизаторы со стимулирующим и известным тимоаналептическим эффектом (седуксен, триоксазин, рудотель и др.) или «малый» антидепрессант с транквилизирующим компонентом (азафен) способствуют терапевтическому успеху.

Специфическая активность транквилизаторов отмечена в отношении невротических расстройств при психопатологии. Неврозы лечатся по общим принципам фармакотерапии, то есть с учетом общего и избирательного аниневротического, вегетостабилизирующего и регулирующего сон компонентов в аспекте психотропной активности препарата и структуры клинической картины состояния.

Дальше автор указывает на более эффективное комплексное лечение неврозов транквилизаторами в сочетании с психотерапией. Из всех существующих методов психотерапии: гипносуггестивной терапии, рациональной психотерапии и аутотренинга, автор отдает предпочтение последнему.

Как отмечает далее автор: «В последние годы комплексность психотерапии и фармакотерапии пограничных состояний, а также этапность психотерапии и сменяемость ее методов в процессе лечения успешно разрабатывают Ю.А. Александровский (1976; 1979), А.С. Каландаришвили (1979) и др.». Они рекомендуют в процессе психотерапевтического воздействия, менять приемы психотерапии для усиления ее эффективности.

По мнению Г.Я. Авруцкого (1981; 1984), лечебная тактика неврастении основана, прежде всего, на клинической картине заболевания. При повышенной раздражительности, вспыльчивости на первый план выходят транквилизаторы тормозного действия (мепробамат, амизил, элениум, тазепам, феназепам). Вялость, заторможенность, пассивность, подавленность требуют, по мнению автора, препаратов со стимулирующим компонентом (триоксазин, рудотель, седуксен) или психостимуляторов (сиднокарб, сиднофен и др.). При расстройствах сна при неврастении гипостенической рекомендуется нитразепам, а при гиперстенической — феназепам. Однако при длительном приеме транквилизаторов, по мнению автора, может наступить так называемая психологическая зависимость. Ее суть состоит в стремлении больного неврастением продолжать принимать транквилизаторы, помогающие ему преодолевать тягостные состояния эмоциональной напряженности, раздражительности, бессонницы, вялости и т.п., что способствует усугублению пассивного отношения больного к лечению расстройств. В связи с этим при первой же возможности интенсивность фармакотерапии целесообразно уменьшать, снижая при этом дозу лекарств до полной отмены и с заменой их психотерапией.

Автор отмечает, что резкая отмена транквилизаторов, в частности высоких доз мепробамата, может вызвать осложнения, вплоть до судорожных припадков. В отдельных случаях при выраженном «синдроме отмены» автор рекомендует назначать больным плацебо с соответствующим психотерапевтическим воздействием. После окончания основного курса лечения больных неврастением можно рекомендовать кратковременные курсы невысоких доз транквилизаторов. Автор также указывает на то, что в последние годы в преодолении астенических явлений при неврастении эффективным оказалось применение ноотропов.

По мнению Г.Я. Авруцкого, лечение больных неврозом навязчивых состояний более эффективно при сочетании приема транквилизаторов с седативной психотерапией и реабилитацией. Автор рекомендует препараты, обладающие более сильным общим

действием (элениум, седуксен, феназепам), в более высоких дозах, чем при неврастении и при быстром их нарастании. Наряду с медикаментозной терапией автор рекомендует, широкое применение гипносуггестивной и рациональной психотерапии, а из лекарств предпочтение отдает феназепаму, который, по его мнению, является самым эффективным антинавязчивым препаратом. При стойких, трудно поддающихся лечению фобиях автор рекомендует медленное струйное внутривенное введение седуксена (6-10 мг 0,5%-ного раствора седуксена на 10-20 мл 40%-ного раствора глюкозы). Для полного терапевтического эффекта целесообразно чередовать внутривенное введение с внутримышечным на фоне курсового приема транквилизаторов внутрь. Учитывая, что для невроза навязчивых состояний характерными являются сдвиги в эмоциональной сфере, автор рекомендует к транквилизаторам присоединить и антидепрессанты. По мнению автора, для резистентных к терапии случаев невроза навязчивых состояний рекомендуется индивидуальная терапия, направленная на упорные и усложняющие применения всех видов биологических, психотерапевтических реабилитационных приемов, нацеленных на достижение желаемого результата.

Далее Г.Я. Авруцкий (1981; 1984) указывает, что при лечении больных истерией при остро возникающих истерических проявлениях уместно как резкое психотерапевтическое воздействие, так и «ударные» дозы психотропных средств (внутримышечное введение элениума или седуксена 15-20 мг) или назначение этих же препаратов или феназепама внутрь. Положительный также, по мнению автора, при истерии является гипносуггестивная терапия. В более тяжелых случаях приходится прибегать для усиления седативного эффекта, к «малым» нейролептикам (меллерил, терален, особенно, неулептил).

По мнению Г.Я. Авруцкого (1981, 1984), рассматривающего психастению в рамках психопатий, психотерапевтическая и медикаментозная коррекция этих расстройств в значительной мере способствует компенсации и предупреждению обсессивных и депрессивных состояний — наиболее типичных признаков отрицательной динамики болезненного процесса.

Лечебно-коррекционная работа, по мнению автора, заключается в тренировке волевых процессов, преодолении неуверенности в себе, тревожно-мнительных черт характера с использованием всего комплекса психотерапевтических методик, в числе которых особая роль принадлежит аутотренингу.

Медикаментозная терапия, по мнению Г.Я. Авруцкого, должна предусматривать общеукрепляющее воздействие и коррекцию личностных особенностей, в первую очередь астенических и тревожно-мнительных черт. Это достигается при помощи транквилизаторов, психостимуляторов и ноотропов. Их применение особенно важно, по мнению автора, в психотравмирующих ситуациях и служит надежной мерой профилактики декомпенсаций, навязчивостей, фобий, депрессий и ипохондрии.

По мнению Б.Д. Карвасарского (1980) и его сотрудников (Ю.А. Тупицына (1973); Э.А. Карандашева (1976)) психотропные средства играют важную роль в успешном лечении неврозов благодаря высокой чувствительности к ним больных неврозами. По мнению автора, «повышенная чувствительность лиц, страдающих истерией, неврастением и другими формами неврозов, к химическим, физическим раздражителям вследствие нарушения при неврозах кортико-гипоталамо-гипофизарных связей хорошо известна. Это обстоятельство диктует необходимость, с одной стороны, установления оптимальных дозировок психотропных средств, начиная с самых минимальных доз, что особенно существенно при назначении производных фенотиазина: левомепразина (тизерцина), тиралена, френолона и др. С другой стороны, врач должен хорошо знать детали психических и соматовегетативных сдвигов, характерных для применяющихся психотропных средств, с тем чтобы заранее предупредить о них больного и избежать его негативных психологических реакций».

Б.Д. Карвасарский (1980) из всех психофармакологических средств, применяемых им при лечении неврозов, рекомендует наиболее эффективные препараты: диазепам (седуксен, валиум, анаурин), хлордиазепоксид (либриум, элениум, напотон), нитразепам (эуноктин, радедорм, могадон) оксазепам (тазепам, адумбан), медазепам (рудотель, нобриум); лоразепам (ативан), а также транквилизаторы, не относящиеся к производным бензодиазепа, такие, как мепротан (адаксин, мепробамат),

триметоксин (триоксазин), бензоктамин (татицин) и близкие к транквилизаторам тиоридазин (меллерил), неулептил и некоторые другие.

Б.Д. Карвасарский (1980) указывает на широкое применение его сотрудниками препаратов общеукрепляющего, седативного и стимулирующего действия (фитин, кальция глицерофосфат, липоцеребрин, глюкоза, дробные дозы инсулина, витамины, бромиды, валериана, женьшень, пантокрин, китайский лимонник, элеутеракокк, алоэ, ФиБС, беллоид, белласпон, АТФ, церебролизин, аминалон и др).

Автор также считает санаторно-курортное лечение фактором, закрепляющим успех в терапии неврозов, а также рекомендует занятия физкультурой. Немаловажное значение имеет иглорефлексотерапия.

Далее мы переходим к изложению взглядов Б.Д. Карвасарского на лечение не каждого невроза в отдельности (автор выделяет самостоятельно существующие неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний), а отдельных невротических синдромов.

Фобические и обсессивные синдромы

При наличии этих синдромов автор рекомендует назначение диазепама (седуксена) — 15-20 мг в сутки и хлордиазепоксида (элениума) — 20-60 мг в сутки (не указывает как их применять — вместе или в отдельности). При более выраженных фобиях рекомендуется принимать диазепам парентерально. Терапевтического результата при фобиях и обсессиях можно добиться, применяя средние дозы малого нейрорептика с транквилизирующим действием — френалона (30-60 мг в сутки). При нозофобиях и страхах с ритуальными действиями, навязчивые движения) используют сочетания диазепама (20-40 мг в сутки) с amitриптилином (30-50 мг в сутки) и транквилизаторов с нейрорептиками. При выраженных вегетативных проявлениях назначают вегетативные «гармонизаторы», седативные средства, физиотерапию, в частности электрофорез воротниковой зоны с препаратами кальция, брома, димедрола и др.

Астенический синдром

По рекомендации Б.Д. Карвасарского, при лечении астенических проявлений используют прежде всего седативные и транквилизирующие средства: бромиды, настойку валерианы, ландыша, хлордиазепоксид (элениум), а также терален и другие малые нейрорептики в небольших дозах. При гипостении показаны легкие стимуляторы (женьшень, китайский лимонник, элеутерококк, апонейрон), сиднокарб 10-20 мг 3 раза в день. Полезными могут быть хорошо подобранные сочетания брома с кофеином, обычно в небольших дозах. При астенических состояниях рекомендуется проводить общеукрепляющее лечение витаминами, биостимуляторами (алоэ, ФиБС). Полезны АТФ, аминалон, а при выраженной астении — инсулинотерапия малыми дозами (от 4 до 15-20 ЕД) 10 инъекций под кожу или внутримышечно с введением через 2 часа 20 мг 40%-ного раствора глюкозы внутривенно). При гипостенических состояниях могут быть применены транквилизаторы, обладающие активизирующим действием: диазепам и триоксазин. При этих состояниях рекомендованы также электрофорез хлорида кальция на воротниковую зону, углекислые ванны, массаж, ЛФК.

При гиперстенической форме неврастении автор предлагает теплые хлоридные, натриевые и хвойные ванны (37-38° С), электрофорез брома, сульфиды магния, электросон с частотой импульсов не более 5-10 Гц, длительность процедуры 20-40 минут. Иглотерапия тормозным методом (варианты I и II), иногда по смешанной методике (получение сильного ощущения при относительно меньшей длительности воздействия) показана при гиперстении и астении, иглоукалывание проводится II вариантом тормозного метода.

В комплексе лечебных мероприятий рекомендовано использовать оксигенотерапию, массаж, ЛФК, климатолечение, сон на воздухе.

Ипохондрический синдром

При преобладании в клинической картине невроза ипохондрических расстройств Б.Д. Карвасарский (1980) рекомендует назначать средства общеукрепляющего действия, транквилизаторы, антидепрессанты в небольших дозировках (мелипрамин), психостимулирующие средства (сиднокарб). Рекомендуются также трудовая терапия, ЛФК, физиотерапия, направленная на снижение общей и вегетативной возбудимости,

занятия туризмом и т.д. При астеноипохондрическом синдроме полезны транквилизаторы с активизирующим и стимулирующим эффектом, амитриптилин — до 100 мг в сутки в 3-4 приема. При лечении ипохондрических фобий используют средства, рекомендованные для лечения фобического синдрома (главным образом транквилизаторы); при включениях в структуру ипохондрического синдрома дистимических проявлений полезны также антидепрессанты.

Депрессивный синдром

При преобладании в клинической картине невроза депрессивных проявлений, по мнению автора, показаны антидепрессанты, транквилизаторы и психостимулирующие препараты. В таких случаях назначается диазепам, триоксазин, нуредаль, сиднокарб. При наличии в клинической картине невроза элементов тревожности рекомендован амитриптилин и феназепам; при расстройствах сна — нитразепам (эуноктин); при невротической депрессии в структуре истерического невроза — малые нейролептики, а также их комбинации с антидепрессантами седатиками (амитриптилин).

Далее Б.Д. Карвасарский (1980) советует при повышенном тоне симпатико-адреналовой системы и одновременной недостаточности компенсаторных проявлений со стороны парасимпатического отдела принимать сочетание симпатолитических (никотиновая кислота, дигидроэрготамин и др.) и холиномиметических (оксамизил, калий, небольшие дозы инсулина) средств. При повышенном тоне вагоинсулярной системы применяют холинолитические средства (в зависимости от уровня поражения); циклодол, амизил, препараты белладонны. При относительной недостаточности симпатико-адреналовой системы показаны препараты кальция, аскорбиновая кислота, витамин В₁ в тех случаях, когда имеются нарушения функции симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, назначаются средства, воздействующие на оба ее отдела (беллоид, белласпон и др.). Из изиотерапевтических методов лечения рекомендуют интраназальный электрофорез хлорида кальция для снижения тону симпатико-адреналовой системы и димедрола — при нарушениях парасимпатического тону, на курс 15-20 процедур.

При кризах симпатико-адреналового характера показан электрофорез эуфиллина на воротниковую зону, а при явлениях симпатоадреналовой недостаточности — адреналина, на курс 15 процедур (Корниенко Е.Г. и др., 1975).

Для купирования симпатоадреналовых кризов автор предлагает препараты, обладающие адренолитическим (аминазин, пирроксан), вагоинсулярным (дифацил, апрофен) действием. Широко используют для этих же целей антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, дипразин), а также транквилизаторы. Наиболее эффективны для купирования вегетативно-диэнцефальных кризов диазепам (седуксен) и хлордиазепоксид (элениум). При невротических расстройствах сердечной деятельности полезны препараты валерианы, майского ландыша, боярышника, но-шпа, АТФ, а также интраназальный электрофорез атропина.

Невротические нарушения функции дыхания обычно специального фармако- и физиотерапевтического лечения не требуют. Рекомендуется лечебная дыхательная гимнастика, особенно в сочетании с элементами психотерапии, в частности аутогенной тренировки.

При невротических нарушениях функции желудочно-кишечного тракта показаны умеренная щадящая диета, прием пищи небольшими порциями при срыгивании и рвоте, спазмолитические средства (Истманова Т.С., 1958). При неврогенных рвотах типа срыгивания, в основе которых лежит стойкое угнетение первой (нервно-рефлекторной) фазы пищеварения, с успехом применялась разгрузочная диетотерапия по методике Ю.С. Николаева (1959).

При истерических конверсионных симптомах — двигательных и чувствительных расстройствах — основным методом лечения, по мнению Б.Д. Карвасарского, является психотерапия в сочетании с физиотерапией.

При расстройствах сна на первом этапе автор рекомендует транквилизаторы (триоксазин, мепротан, элениум, диазепам) в небольших дозах и лишь в дневное время. Медикаментозную терапию следует сочетать с физиотерапией и водолечением. В ряде случаев вторичной бессонницы полезно иглоукалывание; применение при бессоннице производных барбитуровой кислоты нецелесообразно. При нарушениях начального периода сна назначаются нитразепам (эуноктин),

элениум, тазепам. При нарушениях последующих стадий сна и укорочении его продолжительности рекомендуется прием некоторых нейролептиков, таких, как левомепромазин (тизерцин) и терален или френолон; при более легких расстройствах сна — прием димедрола и др. Особенность медикаментозного лечения диссомнических форм нарушений сна состоит в сочетании приема утром психотонизирующих средств (кофеин, сиднокарб и т.д.) с приемом на ночь транквилизаторов и антигистаминных средств в минимальных дозах.

По данным А.М. Вейна и Н.А. Власова (1975), применение нитразепама (эуноктина) при лечении больных неврозами с нарушением сна отмечалось значительное сокращение сроков засыпания, увеличение общей продолжительности сна, уменьшение количества спонтанных пробуждений и времени бодрствования среди ночи.

По мнению А.М. Свядоща (1982), основным методом лечения неврозов является психотерапия, в первую очередь гипносуггестивная терапия. Однако автор рекомендует и другие методы психотерапии: аутогенная тренировка, катарзис, поведенческая терапия и др. Медикаментозному лечению автор отводил роль вспомогательного средства и всегда сочетал его с той или иной психотерапевтической методикой.

Лекарственной терапии А.М. Свядощ отводил роль симптоматического воздействия. При лечении неврозов из психотропных препаратов автор применял транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и психостимуляторы. По его мнению, транквилизаторы способствуют выравниванию эмоционального фона, устранению тревоги (невротической) и страха. Тем самым они не только устраняют тягостные симптомы, но и делают больного более подготовленным к психотерапии. Эти средства обладают легким гипотензивным эффектом, они усиливают действие снотворных, а также способствуют нормализации ночного сна, устранению общей слабости.

А.М. Свядощ в своей практике чаще применял производные бензодиазепина — элениум, либриум, седуксен, валиум, тазепам, эуноктин, радедорм и др., обладающие противотревожным, противосудорожным, вегетонормализующим и легким снотворным действием. Также широко использовал андаксин, мепробомат, триоксазин. При назначении этих лекарств учитывались как их действие на больного, так и индивидуальная реакция больного на лекарство. Либриум, элениум обладают сильным противотревожным и выраженным седативным и миорелаксирующим действием. Седуксен, по сравнению с либриумом, оказывает более сильный вегетостабилизирующий и снотворный эффект, а в малых дозах может даже вызывать стимуляцию. Дозы лекарств подбирают индивидуально, начиная с одной таблетки либриума (10 мг) или седуксена (5 мг). Ежедневно дозу повышают на 1-2 таблетки и дают в среднем 20-30 мг либриума или 10-30 мг седуксена. Либриум плохо сочетается с барбитуратами, а также с алкоголем. Тазепам занимает промежуточное положение между либриумом и седуксеном и в средних дозах до 2-3 таблеток в день (0,01 г) не вызывает вялости, сонливости. Ативан в дозах 0,5-0,7 мг в сутки и феназепам (от 0,5 до 10 мг в среднем 1,5-2,5 мг в сутки) уменьшают тревогу, вызывают большее мышечное расслабление, чем седуксен и либриум. Эуноктин, радедорм обладают выраженным снотворным действием. Назначают внутрь до 5-15 мг за полчаса до сна. Эти препараты обычно не дают чувства тяжести и обеспечивают при пробуждении сон, близкий к естественному. Рудотель — таблетки по 0,01 г; в средних дозах (3-4 таблетки в день) обладает выраженным успокаивающим действием и при этом не вызывает сильной слабости, сонливости. Мепробомат назначают в таблетках по 0,2 г по 1-2 таблетки 3-4 раза в день. В случае необходимости доза может быть увеличена до 10-15 таблеток в сутки. Продолжительность лечения — несколько недель. При окончании лечения следует постепенно снижать дозы препарата. Триоксазин назначают по 0,3 г, максимальная суточная доза до 3 г. Обладает более слабым противотревожным действием, однако не вызывает вялости, сонливости, оказывает активизирующее влияние. По мнению автора, все эти транквилизаторы показаны в тех случаях, когда в клинической картине заболевания преобладают тревога, страхи, эмоциональная напряженность, фобии, вегетативные расстройства, нарушения сна и т.д. Но все же полное исчезновение страхов, навязчивостей возможно только в том случае, если эти лекарства сопровождаются психотерапевтическим воздействием.

Из антидепрессантов при лечении невротозов автор предлагает имизин (имипрамин, мелипрамин, тофранил), амитриптилин (триптизол), азафен и пиразидол. Имизин способствует выравниванию настроения, делает человека более бодрым, активным, повышает аппетит. При приеме иногда отмечаются сухость во рту и повышенная потливость. Применение имизина при невротозах, с преобладанием расстройств эмоциональной сферы в сочетании с психотерапией является эффективным. Его обычно назначают в первый день 25 мг один раз, в последующие дни по 1 таблетке 2-3 раза в день. Возможно сочетание имизина с транквилизаторами и аминазином. Амитриптилин в отличие от имизина обладает и седативным действием. Он уменьшает чувство тревоги и выравнивает настроение. Оказывает положительное действие при фобических синдромах. При невротозах его назначают в таблетках по 25 мг в первый день по 1 таблетке 2 раза в день, в последующие дни по 1 таблетке 3 раза в день. При легких невротических состояниях рекомендуются минимальные дозы (полтаблетки) в сочетании с 1/2 таблетки седуксена 2 раза в день. Азафен (по 25 мг в день) близок по действию к амитриптилину. Он обладает более слабым антидепрессивным эффектом, но не имеет каких-либо побочных действий. Отечественный антидепрессант пиразидол обладает меньшим антидепрессивным действием, чем амитриптилин и азафен. Применяется при невротозах в дозах от 25-50 мг до 150 мг в сутки. В клинике А.М. Свядоща широко применяются и ингибиторы моноаминоксидазы (МАО). К ним относятся нуредаль, трансамин и др. Суточная доза — от 25 мг до 10 мг. Но в связи с тем, что они имеют много противопоказаний к приему, назначать их следует с большой осторожностью. Они несовместимы с эфедрином, амфетамином и др. антидепрессантами. Психостимуляторы способствуют усилению возбуждательного процесса в центральной нервной системе, ослабляют действие снотворных и нейролептиков. К психостимуляторам относятся фенамин по 5-10 мг 1-2 раза в день в первой половине дня. В редких случаях психостимуляторы рекомендованы больным с астеноипохондрическими жалобами, а также при невротических депрессиях и астениях, в сочетании с психотерапией.

Лечение больных неврастениями направлено на устранение астенического состояния.

При гиперстенической форме, по мнению А.М. Свядоща (1982), могут быть назначены транквилизаторы (элениум, тазепам, лоразепам, феназепам, эуноктин); при гипостенической форме — триоксазин, рудотель, седуксен в малых дозах, а также легкие стимуляторы. При вегетативных нарушениях — седуксен. Из психотерапевтических методик при неврастении автор предлагает аутогенную тренировку. При упорных бессонницах помимо аутотренинга рекомендуют гипносуггестивную и рациональную психотерапию. Очень важным при лечении неврастения, по мнению автора, является устранение ситуации, вызвавшей заболевание. Если это невозможно, то путем внушения необходимо изменить отношение больного к ней. Больным неврастениями также показано санаторно-курортное лечение в сочетании с аутогенной тренировкой.

При невротозах в случае нарушений функций внутренних органов целесообразно сочетание транквилизаторов с аутогенной тренировкой.

Для больных невротозом навязчивых состояний полезным, по мнению автора, может быть сочетание транквилизаторов с рациональной, индивидуальной и групповой психотерапией. Из транквилизаторов рекомендованы элениум, либриум, седуксен, феназепам, лоразепам, а кроме того, нейролептики (френолон, меллерил, трифтазин и др.). Малые дозы нейролептиков, а также транквилизаторы ослабляют чувство страха, тревоги и готовят больных к психотерапии. Блестящий эффект при навязчивых состояниях (особенно фобиях) автор наблюдал при применении амитриптилина и мелипрамина. Истерия, по мнению А.М. Свядоща, лечится всеми доступными методами психотерапии. Начинать лечение необходимо с укрепления соматического состояния больного. Первоначально назначают препараты валерианы и брома, транквилизаторы или малые дозы нейролептиков и снотворных. Из психотерапевтических методик, эффективных при устранении истерических симптомов, является наркопсихотерапия. Большие трудности представляет лечение истерических припадков и гиперкинезов. В этих случаях возможна психотерапия во всех видах, в том числе косвенным внушением и внушением во время гипнотического сна. При истерических расстройствах автор применял каузальную психотерапию, внушение во сне и наяву, аутогенную тренировку.

При ипохондрическом неврозе эффективным, по мнению А.М. Свядоща, является лечение убеждением и внушением совместно с транквилизаторами (феназепам и рудотель) и антидепрессантами (мелипрамин, амитриптилин). При невротической депрессии автор полагается на успешное применение антидепрессантов (мелипрамин в малых дозах — по 25 мг 2-3 раза в день; азафен до 300 мг в день) и пиразидола (75-100 мг в день). В этих случаях транквилизаторы являются очень эффективными (седуксен, триоксазин, элениум, либриум, феназепам и др.).

И наконец, в «Руководстве по психиатрии» под редакцией академика АМН СССР А.В. Снежневского (1983) в разделе V, написанном А.Б. Смулевичем, подчеркивается, что «помощь больным неврозами предусматривает комплекс лечебных воздействий, включающих наряду с психотерапией медикаментозное лечение психофармакологическими и общеукрепляющими средствами». Автор также рекомендует для успешного лечения неврозов физиотерапевтическое лечение, лечебную физкультуру, разнообразные формы психотерапевтического воздействия на больного — от индивидуальных бесед, внушения в состоянии бодрствования и гипноза до групповой, коллективной, семейной психотерапии. «Задачи психотерапии определяются особенностями клинической картины и течения невроза, а также содержанием психотравмирующей ситуации. В наиболее остром состоянии показана психотерапия, нацеленная на общее успокоение больного, уменьшение внутренней напряженности и тревожности». В последующем автор рекомендует внушения, направленные на перестройку нарушенных отношений личности с «социальной и микросоциальной средой» и преодоление неадекватных претензий, а также активизирующую психотерапию, облегчающую ресоциализацию и включение в трудовую жизнь.

Психофармакология, по мнению автора, показана на начальных этапах лечения неврозов, особенно в тех случаях, когда имеет место бурное течение заболевания, в клинической картине которого отмечаются выраженные явления астенического, психастенического, истерического характера, а также такие невротические состояния, как астеновегетативные, обсессивно-фобические, компульсивные, истеро-ипохондрические, тревожные и др., требующие стационарного лечения. Прием транквилизаторов именно в этой фазе лечения способствует улучшению общего состояния больного, ослаблению остроты симптоматики, способствует более эффективному психотерапевтическому лечению. Среди транквилизаторов А.Б. Смулевич (1983) отдает предпочтение феназепаму, ативану, а из нейролептиков предпочитает стелазин, хлорпротиксен, эглонил, лепонекс в небольших дозах. Автор допускает усиление эффективности терапии при затяжных невротических состояниях за счет применения нескольких препаратов. Однако при этом не указывает — каких, в каких дозировках, и в какой последовательности или совокупности.

При стойких, устойчивых к лечению транквилизаторами навязчивых состояниях, ипохондрических и истерических проявлениях автор рекомендует назначение нейролептиков, а при невротических депрессиях — антидепрессантов мягкого действия.

В этой главе, посвященной медикаментозной терапии неврозов, мы изложили взгляды далеко не всех ведущих неврозологов и психофармакологов. Нас интересовали те, кто стоял у истоков внедрения психофармакологических препаратов в медицинскую практику во-первых, потому, что они первые почувствовали контраст между обычными медикаментами (кофеин, бром, валериана и др.) и психотропными средствами, во-вторых, потому, что они накопили известный опыт по применению психофармакологических средств в клинике как психических заболеваний, так и неврозов.

Г.Я. Авруцкий, Ю.А. Александровский, Б.Д. Карвасарский, А.М. Свядощ и А.Б. Смулевич были единомышленны в том, что транквилизаторы являются основными лекарственными препаратами, оказывающими эффективное воздействие при лечении неврозов; что их эффективность, обусловлена смягчением общего фона невротической картины и отдельных облигатных симптомов, то есть, что психофармакологические средства способствуют редуцированию болезненного процесса в целом, его эффективному обратному развитию.

Как писал А.Б. Смулевич (1976), «принципы клинического применения транквилизаторов соответствуют спектру их психотропной активности. Выбор

препаратов этой группы основан не на избирательности их действия, как при терапии нейролептиками, а на силе психотропной активности транквилизаторов».

Таким образом, хотя транквилизаторы при лечении неврозов сыграли, менее важную роль чем нейролептики при лечении сложных синдромов психических заболеваний, но за счет смягчения общей симптоматики неврозов они повысили эффективность психотерапии, устранив облигатную симптоматику этих заболеваний.

По мнению этих авторов, при общих легких невротических расстройствах (повышенная психическая и физическая утомляемость, истощаемость, раздражительность, гиперестезия, слезливость, расстройство сна, вегетососудистая лабильность, и др. нарушения) с успехом можно применять легкие транквилизаторы типа мепробамата и триоксазина. При более тяжелых невротических синдромах типа обсессивно-фобических (агорафобии, клаустрофобии, канцерофобии и др.), астено-депрессивных, тревожных, идео-обсессивных и др. требовались более сильные транквилизаторы (элениум, мазепам, седуксен, ативан и др.). При применении отдельных препаратов с высокой психотропной активностью — лоразепам, феназепам, а также при внутримышечном или внутривенном (капельном, струйном) введении транквилизаторов типа хлордиазепоксида, диазепама удается эффективнее купировать состояния витальной тревоги, добиться значительной редукции идео-обсессивных расстройств и тяжелых навязчивых действий ритуального характера.

Все без исключения авторы в случае неврозов с выраженными аффективными расстройствами экзогенного характера (соматогенно и психогенно обусловленные депрессии) считают также эффективными антидепрессанты, к таким препаратам относят амитриптилин, мелипрамин, пиразидол, азафен и другие.

В некоторых случаях авторы рекомендуют при лечении неврозов применять ноотропы, препараты метаболического действия (аминалон, пирацетам, ацафен, люцидрил и др.), способные активировать процессы тканевого метаболизма в центральной нервной системе. По мнению А.Б. Смулевича (1983), ноотропы в комбинации с другими психотропными средствами эффективны при лечении неврозов с астеническими, депрессивными, адинамическими расстройствами.

Таким образом, по мнению большинства авторов, транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы, в редких случаях нейролептики, играют положительную роль при лечении неврозов и неврозоподобных состояний. В основном предлагалось применение какого-то одного препарата и в редких случаях сочетания транквилизатора с ноотропом.

По нашему мнению, только сочетанное их применение транквилизаторов, антидепрессантов и ноотропов оказывает высоко эффективное воздействие на больных неврозами. При лечении неврозов психотропные препараты и их комбинации играют важную, но не главную, а вспомогательную роль, то есть служат фоном, для высокоэффективного проведения психотерапии.

7.2. Психотерапия неврозов.

*Слово лечит!
Оно делает:
слабого — сильным,
робкого — смелым,
грустного — веселым,
больного — здоровым.*

Д.А. Каменецкий

Целесообразно, с нашей точки зрения, определить психотерапию как способ словесного (вербального) воздействия врача на психику человека (больного или здорового), а через психику и на организм в целом с лечебной или с профилактической целью.

Таким образом, слово в психотерапии является основным фактором, помогающим больному освободиться от бремени навалившихся на него многообразных функционально-динамических расстройств. Именно словесным воздействием психотерапевт может изменить течение болезни в обратном (редукционном)

направлении, к полному и окончательному выздоровлению больного. Если условно мы можем предположить, что невроз или неврозоподобное состояние — это нарушение высшей нервной деятельности, дисрегулированность основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, в результате чего возникают отрицательно-рефлекторные образования, то именно психотерапии должна принадлежать основная роль в их коррекции. Однако психотерапевт словесно может влиять не только на больного человека, он может повышать творческие способности человека (В.Л. Райков, 1975), уровень спортивных достижений (А.Т. Филатов, 1979), а также производственные показатели трудящихся (В.Е. Рожнов, 1979).

По нашему мнению, психотерапия может быть только словесной — «внесловесной» психотерапии в природе не существует. Попытки отдельных психотерапевтов продемонстрировать «свое» особое влияние на те или иные болезненные явления абсолютно несостоятельны.

Воздействие одного человека на другого посредством слова известно в медицине с самого ее возникновения. На всех этапах развития медицинской науки, вплоть до наших дней, мы встречаемся с множеством взглядов на словесное (психическое) воздействие с лечебной целью как один из самых распространенных и эффективных методов в борьбе с разнообразными невротическими и неврозоподобными болезненными расстройствами.

Осознание роли слова в исцелении различных болезней пришло к нам от Гиппократов, Галенов, Авиценны и Парацельса. И на всех этапах истории науки о врачевании мы видим то же отношение к словесному воздействию в лечебных целях как к очень сильному первичному звену медицины. Это практиковалось задолго до того, как психотерапия оформилась в самостоятельную отрасль медицины, появились школы, направления, зазвучали имена выдающихся представителей.

Самым древним методом психотерапии является гипноз, который в давние времена еще не имел своего настоящего названия и рассматривался как явление таинственное, «божественное». Почти две тысячи лет назад на раскаленных песках Аравийского полуострова в поселениях древних иудеев начались «чудесные» исцеления, которыми наполнены священные писания. В книгах Нового Завета рассказывается о многих случаях «чудесных» исцелений, произведенных Иисусом Христом. Это касалось, главным образом, изгнания бесов из одержимых, исцеления параличных, слепых, немых и др. Все эти так называемые «чудесные» исцеления объяснялись волею самого Бога.

Сегодня, в начале третьего тысячелетия, мы смело можем сказать, что науке удалось приподнять занавес таинственности над пониманием сущности гипноза.

Первое полунаучное объяснение явлений, связанных с «гипнозом», принадлежит австрийскому врачу Францу Антуану Месмеру (1734-1815). Его воззрения опирались на выдвинутое много веков назад учение Парацельса о магнетизме, о загадочной удивительной силе, таящейся во вселенной, силе магнетического флюида. По мнению самого Месмера, флюид — это особая жидкость, разлитая в окружающем нас мире, которую нельзя обнаружить, увидеть.

Антуан Месмер, по описанию современников, был одним из образованнейших людей своего времени. Он был доктором медицины, прекрасным музыкантом. Ему приходилось неоднократно музицировать и с отцом великого Вольфганга Амадея Моцарта, и с самим гениальным композитором. Он имел обширную медицинскую практику. Став однажды свидетелем удачного исцеления одной больной с помощью магнита, Месмер сам стал применять лечение магнитами и добился в этом большого успеха. Однажды он обратил внимание на то, что одна из больных исцелилась до того, как ей стали прикладывать магнит. Месмер оказался на грани провала, тогда он начал объяснять, что исцеление в таких случаях происходит за счет внушения и самовнушения. Однако он не мог расстаться с представлениями о флюиде. Магнитный флюид он превращает в животный, свойственный только «особым» личностям, к числу которых он относит себя. По мнению Месмера, в его организме магнетический флюид превращается в животный. Автор прямо не говорит о божественном происхождении своего жизненного флюида, но своим поведением намекает на это. Больные буквально осаждают Месмера; он уже не может охватить всех жаждущих исцеления. Он строит в центре Парижа огромный бак со шпилем. В присутствии больных, собравшихся на площади, он разъяснял им, что, прикасаясь к шпилью, он как бы перекачивает флюид из своего организма в бак, и все те, кто

прикоснется к шпилью, освободятся от своих болезней. За такое «ослепление» и возвеличивание себя Ф. Энгельс, давая высокую оценку деятельности А. Месмера, все же назвал его «шарлатаном».

11 августа 1784 г. авторитетная комиссия, в составе которой были крупнейшие ученые — Лавуазье, Франклин, Жюсье и др. — вынесла деяниям А. Месмера окончательный приговор о бездоказательности существования каких-либо флюидов, а следовательно, бесперспективности и вредных последствиях его метода лечения. Месмер был отстранен от работы, но не сдался.

Вопреки поражению А. Месмера следует считать предтечей современной гипнологии и научной психотерапии. Его убежденность в правоте сыграла огромную роль в создании учения о гипнозе и его применения в лечении нервно-психических расстройств.

1843 год стал точкой отсчета научного толкования учения о словесном влиянии и гипнотизме.

Английский хирург из Манчестера Джеймс Брэд (1843), проводя хирургические операции, в целях обезболивания вызывал у больных состояние искусственного оцепенения. Он обратил внимание на то, что своим внешним видом эти больные напоминали спящих людей. Д. Брэд в связи с этим предложил назвать метод погружения больных в состояние «сна» «гипнозом» (hypnosis по-гречески сон). Он первым предложил метод погружения больных в гипнотическое состояние посредством фиксации взгляда больного на предмете (впервые он это делал, фиксируя взгляд больного на горлышке бутылки и на себе). Всю свою оставшуюся жизнь Джеймс Брэд посвятил изучению гипноза и достиг в этой области больших успехов.

Прежде всего ему удалось заметить, что чувствительность, восприимчивость людей к гипнотизации неодинакова. Одних, по его мнению, можно было погрузить в глубокий сон, у других удавалось вызвать только поверхностный сон; одни погружались в сон быстро, другие — длительно и трудно. Он также обнаружил, что сила гипноза может меняться в течение одного и того же сеанса, и у загипнотизированного больного изменяется дыхание, кровообращение. При этом у загипнотизированного одновременно могли наблюдаться полная анестезия, отсутствие болевой чувствительности кожи и повышенная восприимчивость к звуку и свету. Будучи очень наблюдательным, он описал многие особенности гипноза, но объяснить их он не мог. Изучив скрупулезно тонкости гипнотического состояния, Брэд начал широко пользоваться им в лечебной практике и достиг в этом большого совершенства. Он применял гипноз широко, прежде всего при различных истерических расстройствах, таких, как параличи, судорожные припадки, тики и др. Свой огромный практический опыт Брэд обобщил в известной работе «Гипнология».

Истинная заслуга Д. Брэда состояла в том, что он первым, взглянул на гипноз как на явление естественное, земное, материальное, вызываемое естественными физиологическими причинами. Лишь немногие передовые ученые того времени поддерживали его прогрессивные взгляды, основная же масса врачей от зависти выливали на Брэда ушаты грязи. Известный в Англии проповедник — ливерпульский священник Макс Нейд — предъявил Д. Брэду обвинение в подкупе лиц, на которых тот проводил свои опыты. Д. Брэд публично дал отповедь этому священнику, доказав логически несостоятельность обвинений в свой адрес. Несмотря на нападки, Д. Брэд продолжал изучать это замечательное явление. Он отлично понимал, что его объяснения сущности гипноза были явно недостаточны. После всех попыток понять самому и разъяснить другим сущность гипноза Д. Брэд откровенно признается: «Впрочем, относительно ближайшей причины гипнотических явлений, наилучший план при настоящем состоянии знаний, по моему мнению, тот, чтобы собирать в дальнейшем факты и оценивать их для лечения больных, теоретические же рассуждения отложить до будущего, когда у нас будет большой запас фактов, из которых можно делать выводы».

Д. Брэд умер 25 марта 1860 г. После его смерти центр изучения гипноза переместился во Францию.

Первым продолжателем дела английского хирурга во Франции был Август Льебо (1891), который был великолепным врачом-практиком, горячо отстаивавшим естественно-научный взгляд на природу гипноза. А. Льебо считал, что искусственно

вызванный сон ничем не отличается от естественного; по его мнению, искусственный сон возникает вследствие концентрации мыслей на идее о сне. Человек, находящийся в состоянии естественного сна, замыкается в себе и отгораживается от внешнего мира, сновидения его самопроизвольны. Он их себе сам внушает. Во время гипноза человек спит и слышит голос врача, который может внушать больному сны, мнимые образы, мысли, действия.

Идеи Д. Брэда, А. Льебо получили дальнейшее развитие в трудах нансийского ученого И. Бернгейма (1891). Он развил учение о гипнозе и внушении. Параллельно с идеями И. Бернгейма, рассматривавшего гипноз как внушение, появились интересные работы в области гипноза у представителей Центрального парижского психиатрического госпиталя Сальпетриер. Эту школу возглавлял тогда Жан Мартен Шарко (1887). Очень скоро слава Шарко распространилась за пределы Франции. К нему на учебу приезжали врачи из различных стран мира.

Ж. Шарко был известным невропатологом. Он интересовался распространенным в то время заболеванием — истерией, для лечения которого начал широко применять гипноз. Однако он сделал ошибочное заключение о том, что гипноз по своим свойствам близок к истерии и, следовательно, представлял собой патологическое явление.

Между нансийской и сальпетриерской школами завязалась острая полемика, в которой победу одержала нансийская. Но впоследствии И. Бернгейм настолько увлекся явлениями внушения, что пришел к полному отрицанию гипноза. Он говорил, что «гипноза нет, есть только внушение».

Разногласия между этими двумя школами, не помешали им, однако, быть совершенно единодушными в материалистическом объяснении гипноза, и их взгляды явились мощным орудием в борьбе с мистическими представлениями. Они доказали, что в основе целительного действия амулетов и талисманов, металлов, заклинаний жрецов и других «чудесных» исцелений лежит фактор внушения.

Взгляды выдающихся французских ученых медиков (И. Бернгейм, Ж. Шарко) явились апофеозом научного понимания учения о гипнозе и внушении и их применения для лечения больных, страдающих неврозами.

Период 1780-1890 гг. считается воистину «Золотым веком гипноза» во Франции. Это был расцвет научных воззрений на гипноз.

После смерти Ж. Шарко, с 1893 г. начался период упадка гипноза. Он был обусловлен еще и тем, что появился новый метод психотерапии — психоанализ.

Автором этого нового психотерапевтического метода, произведшего поистине революционный переворот в психотерапевтической науке, метода, который уже второе столетие владеет умами представителей передовой медицинской науки во всем мире, по сути не метода, а целого нового мировоззрения в психотерапии, был выдающийся австрийский врач и психолог Зигмунд Фрейд (1856-1939). О жизни и деятельности этого замечательного ученого мы уже писали и хотим только напомнить читателям о том, что З. Фрейд начинал свою практическую деятельность в качестве врача-психотерапевта и применял метод гипносуггестивной терапии при лечении неврозов. Интерес к гипнозу у З. Фрейда пробудился в начале его практической деятельности в период, тесного сотрудничества с выдающимся венским врачом И. Бреем (1842-1925), который создал и начал применять первым при лечении истерических моносимптомов (расстройств движения, речи, зрения, памяти и др.) метод гипнокатарзиса.

Термин «катарзис» был введен Аристотелем (384-322 гг. до н.э.) в его сочинении «Поэтика», где под этим словом он понимал процесс «очищения», «отреагирования». И. Бреем использовал этот термин, описывая лечение моносимптомов при истерии. Находящемуся в состоянии гипнотического сна больному предлагалось вспоминать о забытых событиях его жизни. По мнению И. Брея, эти забытые аффективно окрашенные впечатления, возникающие в сознании во время гипноза, ведут к «отреагированию», а через него и к выздоровлению. По утверждению З. Фрейда, И. Бреем дал ему ключ к пониманию истерии. В 1895 г. вышла в свет совместная работа И. Брея и З. Фрейда под названием «Исследование об истерии». Год выхода этой книги в печать принято считать началом истории психоанализа. Багаж знаний о гипнокатарзисе, полученный З. Фрейдом от И. Брея, явился толчком к созданию психоанализа. И хотя пути этих двух ученых в дальнейшем разошлись в связи с

несогласием И. Брейера с приматом сексуального в происхождении неврозов, З. Фрейд пошел своим путем. Он полностью отказался от гипноза, создав свой метод под названием психоанализ (см. описание теории психоанализа выше).

7.2.1. Неофрейдистские методики.

Здесь нам бы хотелось остановиться на тех первых учениках З. Фрейда, которые принимали активное участие в создании и разработке психоанализа и позже порвали свою связь с учителем и пошли своим путем. Они также сыграли огромную роль в развитии психотерапии.

Одним из первых соратников З. Фрейда был Альфред Адлер (1870-1937) — основатель индивидуальной психологии. Он, как и З. Фрейд, уроженец Вены, после окончания медицинского факультета Венского университета работал врачом-офтальмологом, потом психотерапевтом. Постепенно его интересы переместились в область неврологии и психиатрии. Однако интерес к психиатрии подтолкнул его к психоанализу, вокруг которого в то время велись бурные дебаты. А. Адлер начал активно защищать в прессе З. Фрейда, после чего состоялось знакомство этих замечательных людей, положившее начало совместной работе в кружке психоаналитиков. Несмотря на молодость А. Адлера, который был моложе З. Фрейда на 14 лет, его авторитет в кружке был велик. По предложению З. Фрейда А. Адлер стал президентом психоаналитической ассоциации и, совместно с З. Фрейдом, соредактором психоаналитического журнала.

В 1911 г. А. Адлер вместе с другими членами кружка выходит из ассоциации психоаналитиков и приступает к созданию своей ассоциации индивидуальной психологии. Основопологающим противоречием во взглядах А. Адлера и З. Фрейда был вопрос о бессознательном. По мнению А. Адлера, бессознательное никогда не существует; основной принцип психики — бессознательная самодетерминация. Далее разногласия между этими гигантами связаны с разработкой «эго-психологии». А. Адлер, в противовес З. Фрейду, считавшему «Я» лишь агентом «ОНО», производным бессознательного, «нарциссической иллюзией», утверждает первичность «Я». «Я» — это фокус всей жизненной конструкции личности, жизненного стиля. В понимании Адлера «Я» в значительной степени самодостаточно.

Прежде всего А. Адлер возражал против представлений З. Фрейда о «пансексуализме». По мнению А. Адлера, первичная энергия организма не имеет никакой сексуальной окраски, она ощущается просто как мощь, воля, стремление к власти. З. Фрейд справедливо отмечал, что сексуальные стремления могут выражаться в фантазиях и сновидениях в несексуальных образах. В то же время, по мнению А. Адлера, несексуальные влечения и чувствования, будь то голод, страх, агрессия, социальное чувство, могут представлять в сексуальных образах. Если для З. Фрейда различного рода социальные отношения выступают как модификации первичной сексуальности, то для А. Адлера некое первичное «социальное чувство» трансформируется в различные виды социальных отношений и влечений, в том числе сексуальное влечение. В этих спорах правого определить трудно, но более определенно можно согласиться с возражениями А. Адлера против универсальности «эдипова комплекса».

В отличие от З. Фрейда А. Адлер не подозревал пациентов в попытке обмануть врача, навязать ему свою «рационализацию» вместо искреннего признания. Любовно-дружеские отношения между врачом и больным, основанные на полном доверии друг к другу, представлялись А. Адлеру более подходящей основой для лечения неврозов. Терапия, по А. Адлеру, — это продолжение воспитания там, где человек встал на ошибочный путь. Индивидуальная психология А. Адлера с большой осторожностью относится ко всякого рода схемам, классификациям, типологиям. Она не предлагает свода правил лечения для типических случаев. Каждый случай лечения должен рассматриваться как неповторимый и индивидуальный.

Главной идеей теории А. Адлера является триада: комплекс неполноценности, стремление к компенсации и социальное чувство. Он категорически отвергает антагонизм сознательного и бессознательного в человеке. Одним из первых он привлек внимание к роли воспитания — эмоционального отвержения и попустительства — в возникновении невроза.

Желающих ознакомиться более подробно с адлеровской концепцией индивидуальной психологии мы отсылаем к его работе «О нервическом характере»

(1997). В заключение хотелось бы отметить, что теория индивидуальной психологии А. Адлера оказала огромное влияние на неофрейдизм.

Несколько позже А. Адлера к психоаналитическому кружку З. Фрейда присоединился выдающийся швейцарский психиатр, ученик Е. Блейлера, Карл Густав Юнг (1875 — 1961). Он активно сотрудничал с З. Фрейдом с 1907 по 1913 годы. Стал виднейшим последователем З. Фрейда. По предложению З. Фрейда К. Юнг выдвигается на должность первого президента Международного психоаналитического общества. Дважды он председательствовал (на третьем и четвертом) психоаналитических конгрессах; в 1911-1913 гг. редактировал психоаналитический журнал «Jahrbuch», читал лекции по введению в психоанализ в Цюрихском университете. К. Юнг порвал с З. Фрейдом в 1913 году, после того как вышла в свет его книга «Метаморфозы и символы либидо», в которой он отверг сексуальную интерпретацию либидо З. Фрейда. Далее интересы К. Юнга были сосредоточены на практической деятельности. Он много путешествовал по всему миру, интересовался многими философиями, в том числе даосизмом, буддизмом. Восточная философия оказала огромное влияние на К. Юнга и способствовала созданию им аналитической психологии, одного из направлений психоанализа. Во время своих путешествий К. Юнг познакомился с различными культурами, что в значительной степени способствовало выделению им понятия «коллективного бессознательного», ставшего ключевым для всей аналитической психологии.

Структура психического бытия человека по К. Юнгу включает две фундаментальные сферы — сознание и психическое бессознательное. Психология — в первую очередь наука о сознании. Она же — и наука о содержании и механизмах бессознательного. К. Юнг оспаривал позицию З. Фрейда, который выводил бессознательное из сознания. Он трактовал все наоборот. Все, что создается в сознании первоначально, не осознается, и осознание вытекает из неосознанного состояния. В сознании К. Юнг различал эктопсихические функции ориентации (ощущения, мышление, чувства, интуиция) и эндопсихические (память, субъективные компоненты сознательных функций, аффекты, инвазии или вторжения). Если эктопсихические функции сознания контролируются «Эго-комплексом», то в эндопсихической системе лишь память, и то лишь в определенной степени, находится под контролем воли. По мнению К. Юнга, мы можем приблизиться к бессознательному только благодаря свойству эндопсихических функций не контролироваться волей. То, что достигло эндопсихической сферы, становится осознанным, определяет наше представление о себе. Что-то в человеке выведено наружу, что-то находится в тени, неосознанной стороне. Все, что находится в сфере бессознательного, К. Юнг назвал подсознательным разумом или личностным бессознательным. Другое содержание, выведенное наружу, автор определяет как коллективное бессознательное.

Содержания коллективного бессознательного не контролируются волей; они не только универсальны, но и автономны. Для достижения сферы бессознательного К. Юнг предлагает три метода: словесных ассоциаций, анализа сновидений и активного воображения.

Отдавая дань заслугам З. Фрейда, поставившего проблему сновидений в изучении бессознательного, К. Юнг в толковании снов занимал принципиально отличную от него позицию. Если по З. Фрейду сновидение есть «искажение, которое маскирует оригинал» и преодоление которого ведет к комплексам, то, согласно К. Юнгу, сон ничего не скрывает, он сам по себе закончен и целостен. Сон выполняет компенсаторную функцию, являясь «естественной реакцией саморегуляции психической системы». К. Юнг видел в сновидении сигнал бессознательного о том, что индивид «отклонился от собственного пути».

Погружение в глубины бессознательного приносит исцеление. В связи с этим важное место в интерпретации снов К. Юнг отводил архетипическим и амфологическим образам. Процесс излечения, по К. Юнгу, является процессом идентификации с целостной личностью, с «самостью» — ключевым архетипом в аналитической психологии. Важное место в психотерапии пациента К. Юнг отводил осознанию переноса. Перенос, по К. Юнгу, в отличие от фрейдовского понимания несет не только эротическое, но и все активные содержания бессознательного. Выявление содержания переноса открывает путь к выздоровлению. К. Юнг выделяет три стадии терапии переноса. На первой стадии пациент осознает факт проекции личностного бессознательного и вырабатывает оценку тех содержаний, которые

создают проблему. Во второй стадии лечения происходит разделение личностных и безличностных содержаний. На третьей стадии терапии переноса происходит отделение личного отношения к психотерапевту от безличностных образов.

Важное значение для современной психологии получило выделение К. Юнгом экстравертированного и интровертированного типов личности. В основе различий этих типов К. Юнг видит состояние аффективного напряжения. Высокое напряжение эмоциональной сферы интроверта обуславливает длительность и яркость полученных им впечатлений; эмоциональная же насыщенность внешних впечатлений экстраверта быстро падает, не оставляя значительного следа, и лишь новизна объекта может вызвать быстро гаснущую эмоциональную вспышку. Слабая обращенность экстравертов на свой внутренний мир обуславливает, согласно К. Юнгу, инфантильность и архаичность сферы их бессознательной психики, проявляющиеся в эгоцентризме, эгоизме, тщеславии. Обращенность вовне выражается в стремлении экстравертов произвести впечатление на окружающих. Прямо противоположным является психический облик интроверта. Предложенная К. Юнгом типология личности и в настоящее время используется в психоаналитической практике.

Итак, З. Фрейд создал учение о психоанализе. А. Адлер и К. Юнг, хотя и были апологетами его учения, но, порвав с учителем, пошли своими путями. Они не отказывались от психоаналитического подхода, дав толчок к развитию неопсихоанализа.

За сто лет своего существования психоанализ доказал, что он является динамической, постоянно изменяющейся и расширяющейся системой взглядов на человеческую психику. Оставаясь фундаментальными до настоящего времени, фрейдовские постулаты психоанализа видоизменяются под влиянием меняющихся социальных и культурных условий индивидуума. На базе психоанализа создаются все новые и новые концепции о человеческой психике.

Мы не преследуем цель полностью изложить в нашей работе многообразные, порой необозримые современные направления неопрейдизма, но постараемся кратко показать некоторые их направления.

Знаменосцами неопрейдизма остаются направления А. Адлера и К. Юнга, о которых мы писали выше.

Одним из ответвлений психоанализа является концепция культурного направления. Она перемещает центр тяжести на культурные силы. Представителем такой школы является А. Кардинер (A. Cardiner), ставящий акцент на влиянии социальных институтов, деятельность которых определяется методами, используемыми обществом для решения проблем выживания при формировании личности. При этом значение биологических и интрапсихических аспектов психологического функционирования сводится к минимуму.

К. Хорни (K. Horney) также радикально отходит от аналитических концепций о влечении, отдавая первенство культуральным воздействиям. Она пренебрегает психологическим фундаментом взросления человека и взаимодействием этого психобиологического начала с опытом.

Е. Фромм (E. Fromm) исследует связи личности и индивидуального развития с социальной структурой.

Х. Салливан (H.S. Sullivan) считает, что источником психического заболевания являются нарушенные интерперсональные отношения. Соглашаясь с некоторыми психобиологическими концепциями З. Фрейда, в том числе и об инстинктивных влечениях, главным он считает конфликт между индивидом и человеческим окружением. Его концепция интерперсональной психотерапии находит применение в работе с такими пациентами, у которых отсутствует здоровая структура внутренней жизни, что привело к возникновению патологических отношений их с окружающими. Автор помогает больным более успешно адаптироваться к условиям окружающего мира.

7.2.1.1. Неопрейдистские психотерапевтические методики

Э. Эриксон (E. Ericson), как и все последователи З. Фрейда, начав построение своей концепции с теории либидо, изучает сложное взаимодействие социальных, культурных факторов с силами взросления, раскрывающимися в индивиде. Он предлагает концептуальное объяснение социального развития, прослеживает

раскрытие генетически социального характера и превращения его в социальном окружении в каждой фазе.

По мнению Э. Эриксона, существует 8 этапов развития человека, в каждом из которых индивид проявляет «достоинства Эго-критериев, по которому можно судить, что его Эго на данной стадии обладает достаточной силой, чтобы интегрировать развитие со структурой социальных институтов».

Каковы же эти стадии?

— Доверие против основного недоверия — это стадия, соответствующая оральной, в классической психоаналитической теории.

— Автономия против стыда и сомнения — соответствует анальной стадии.

— Инициатива против вины — фаллической и эдиповой стадии.

— Трудолюбие против неполноценности — латентному периоду.

— Тождественность против волевого рассеивания — юности и ранней зрелости.

— Близость против одиночества — соответствует зрелому возрасту, потому называется «во цвете лет».

— Продуктивность против застоя — среднему возрасту.

— Сохранность Эго против отчаяния — старости.

Многие аспекты развития Эго, по мнению Э. Эриксона, можно сформулировать терминами возрастания чувства идентичности, а более или менее жестокий кризис идентичности является отличительной чертой поздней юности и ранней зрелости. Многие проблемы, касающиеся идентичности, концентрируются вокруг той роли, которую играют усиление и ослабление идентификации. Считается, что нарушение идентификации с родителями в детстве, особенно с родителями одного пола, уменьшает чувство идентичности, но неудача в осуществлении деидентификации с ними в юности вызывает сходный эффект.

И. Хартман (H. Hartmann) становится доминирующей фигурой в развитии психоаналитической теории в 50-70 г.г., как и Э. Эриксон, он опирается на психоаналитическую теорию З. Фрейда, но его подход более тесно связан с представлениями о биологической адаптации, тогда как Э. Эриксон акцентирует внимание на социологических ее аспектах. И. Хартманн разрабатывает концепцию о врожденных источниках развития Эго, существующих независимо от инстинктивных влечений в форме «аппаратов первичной автономии» — перцепции, мобильности и памяти.

И. Хартманн выделяет первичные и вторичные автономные функции, обеспечивающие относительную независимость Эго от влечений и тем самым служащие адаптивным целям. Он делает акцент на субъективном опыте, смысле и эмпатических интеракциях.

М. Кляйн (M. Klein) последние полстолетия разрабатывает свой подход на основе игровой терапии с детьми, в которой она отводит себе роль пионера. В отличие от психоаналитиков в качестве клинического понятия она принимает инстинкт смерти. Также допускается врожденная амбивалентность. Развитие Эго рассматривается как процесс непрерывной интроекции и проекции объектов, а не как продвижение субъекта через ряд стадий, в которых используются различные защиты.

Анализ М. Кляйн отличается от классического психоанализа отказом от стадий развития детской сексуальности и точек фиксации в пользу концепции позиций, а также акцентом на важность первого года жизни, а не детства в целом.

В концепции М. Кляйн понятие позиций имеет родовое сходство с классическим понятием «стадии развития сексуальности» и отличается от него тем, что является скорее сложным паттерном фантазии и отношений к объекту, чем привязанностью к одному объекту и одной эрогенной зоне. Позиции встречаются на первом году жизни, то есть на протяжении оральной стадии в психоанализе. Параноидно-шизоидная позиция предполагает, что индивид борется с врожденными деструктивными импульсами путем расщепления своего Эго и своих представлений об объектах как о хороших и плохих и проецирования своих деструктивных импульсов на плохой объект, со стороны которого чувствует себя преследуемым. Согласно М. Кляйн, параноидно-шизоидная позиция представляет собой первую попытку младенца овладеть своим инстинктом смерти и предшествует депрессивной позиции.

Неспособность достичь депрессивной позиции приводит, с точки зрения М. Кляйн, ко многим шизоидным, параноидным и обсессивным расстройствам, при которых «преследующий плохой объект интроецируется и образует ядро Супер-Эго». Под депрессивной понимается позиция, которой достигает младенец, когда он ясно представляет себе, что как и его любовь, так и его ненависть направлены на один и тот же объект — мать. Когда он четко осознает свою амбивалентность, он озабочен тем, чтобы защитить мать от своей ненависти и возместить тот ущерб, который в его воображении причинила ей его ненависть.

Важную роль в привлечении внимания психоаналитиков к концепции «Я» сыграл Е. Джекобсон (E. Jacobson). Основываясь на идеях И. Хартмана и Э. Эриксона, он формулирует эволюционную теорию образования представлений о своем «Я» и «объекте».

В целом концепция объективных отношений И. Гантип (H. Gantip), М. Малер (M.S. Mahler) в значительной мере создается на основе работы с пациентами, не страдающими неврозами. Акцент делается на факторах раннего детства, когда неправильное отношение матери приводит к дефектам, искажениям и одновременному игнорированию интрапсихического конфликта, играющего центральную роль у больных неврозами.

И. Когут (H. Kohut), автор концепции собственного «Я», вытекающей из аналитической работы со взрослыми пациентами с нарциссическими нарушениями личности, описывает два типа переносов. Один тип — это зеркальное отражение с возрождением инфантильной потребности получать ответную реакцию и быть ценным. Второй тип — идеализирующий, с воссозданием потребности в идеальном объекте для поддержки, не полностью сформированного монолитного «Я», обусловливаясь дефицитом материнской заботы в ранний период жизни, необходимой для эмпатических интеракций, которые ведут к интернализации опыта прошлого и развитию психической структуры. Психопатология, возникающая в результате этих ранних деприваций, объясняется нарциссизмом и ощущением собственного «Я», а не конфликтом вокруг объективных отношений, как в случае невроза. Отсюда вытекает психотерапевтическое обоснование необходимости представления эмпатического опыта для укрепления структуры психики, что поможет восполнить этот дефицит. Просматривается некоторое сходство с психотерапевтическими подходами, пропагандировавшимися О. Ранком (O. Rank), Ф. Александером и Усенником, согласно которым предположение о депривации в раннем периоде жизни диктует необходимость представления эмпатических переживаний с целью исправления дефицитов и искажений личности.

И. Когут заменяет концепцию Эго на концепцию собственного «Я», которое является сутью личности и состоит из основополагающих устремлений, талантов, навыков и идеализированных целей. Эти составные части обладают силой, содержанием и связью друг с другом. Теория сновидений подверглась модификации и включает непосредственные переживания своего «Я», а не скрытое выражение бессознательных желаний. И. Когут обращает внимание на потребности в эмпатии, способствующей возникновению «Я» — объективных переносов, которые и создают целостное «Я». В клиническом плане его технический подход перспективен для пациентов, относящихся к категории нарциссической личности.

Значительной фигурой в разработке концепции коррективного эмоционального опыта был Ф. Александер. Его концепция явилась альтернативной направлением, акцентирующим внимание на интерпретации и инсайте. Он считает, что последние игнорируют важность аффективного опыта, и отстаивает мнение, что психоаналитик должен создавать такие психотерапевтические взаимоотношения с пациентом, которые способны нейтрализовать некоторые главные патологические отношения в детстве. Это поможет больному преодолеть отрицательные последствия детского опыта, сформировавшего в его личности патологический стиль отношений.

Заканчивая анализ концепций неопрейдизма, следует подчеркнуть, что изменились цели и характер проведения психоаналитической психотерапии. В настоящее время целью психоанализа является широкомасштабное изменение структуры характера, что вызывает необходимость продления срока психотерапии, который сейчас обычно составляет от 3 до 6 лет. Стереотип холодного, молчаливого психотерапевта неприменим к современному психоаналитику, считающему, что его пациент является партнером в выполнении трудной задачи, требующей

сотрудничества и взаимного уважения. Обе стороны понимают, что аналитическому поиску аналогичных, аффективно незрелых производных конфликта наиболее способствует рабочий альянс, то есть, относительно не невротические, рациональные взаимоотношения между пациентом и психоаналитиком.

Наблюдается тенденция к расширению сферы анализа, распространившегося и на патологические синдромы, которые первоначально считались неподходящими для него. Классическая техника по-прежнему больше всего годится для лечения неврозов, а психоанализ распространяется на все аспекты личности, на взаимодействие с реальностью и на все типы психопатологии.

Самыми распространенными психоаналитическими методиками в России сегодня являются гештальт-терапия, нейролингвистическое программирование и транзактный анализ.

7.2.1.2. Гештальт-терапия⁴

Гештальт-терапия — создана американским психологом и психотерапевтом Ф. Перлсом (F.S. Perls) под влиянием собственной психологии, экзистенциализма и, в частности, теории В. Райха (W. Reich) о физиологических проявлениях вытесненного психологического материала. Гештальт-терапия возникла в русле феноменологического подхода, опирающегося на осознание пациентом настоящего и непосредственное эмоциональное переживание. Информацию, необходимую для терапевтического воздействия, получают из наблюдения за поведением пациента. Феноменологический подход гештальт-терапии противопоставляется каузальному (традиционному) подходу, при котором усилия психотерапевта направлены на поиски причин расстройств у пациента в его прошлом.

Ф. Перлс перенес в область мотивации человеческого поведения закономерности образования фигуры установленные гештальтпсихологией в сфере восприятия. Возникновение и удовлетворение потребностей он рассматривал как ритм формирования и завершения гештальтов. Функционирование мотивационной сферы осуществляется по принципу саморегуляции организма. Человек находится в равновесии с самим собой и окружающим его миром. Для сохранения гармонии нужно лишь довериться «мудрости тела», прислушиваться к потребностям организма и не мешать их реализации. Быть самим собой, осуществлять свое «Я», реализовать свои потребности, наклонности, способности — это путь гармоничной, здоровой личности.

Больным неврозом, согласно экзистенциально-гуманистической психологии, является человек, хронически препятствующий удовлетворению собственных потребностей, отказывающийся от реализации своего «Я», направляющий все свои усилия на реализацию «Я-концепций», создаваемых для него другими людьми, прежде всего близкими, которые он со временем начинает воспринимать за свое истинное «Я». Отказ от собственных потребностей и следование ценностям, навязанным извне, приводят к нарушению процесса саморегуляции организма.

В гештальт-терапии различают пять механизмов нарушения процесса саморегуляции: интроекцию, проекцию, ретрофлексию, дефлекцию, конфлуенцию. При **интроекции** человек усваивает чувства, взгляды, убеждения, оценки, нормы, образцы поведения других людей, которые, однако, вступают в противоречие с его собственным опытом и не ассимилируются его личностью. Этот неассимилированный опыт — интроект — является чуждой для человека частью его личности. Наиболее ранними интроектами являются родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления. **Проекция** — прямая противоположность интроекции, причем, как правило, эти два механизма дополняют друг друга. При проекции человек отчуждает присущие ему качества, поскольку они не соответствуют его «Я-концепции». Образующиеся в результате проекции «дыры» заполняются интроектами. **Ретрофлексия** — поворот на себя — наблюдается в тех случаях, когда какие-либо потребности не могут быть удовлетворены из-за блокирования социальной средой и когда энергия, предназначенная для манипулирования во внешней среде, направляется на самого себя. Такими неудовлетворенными потребностями, или незавершенными гештальтами, часто являются агрессивные чувства. Ретрофлексия при этом проявляется в мышечных зажимах. Первоначальный конфликт между «Я» и другими превращается во внутриличностный конфликт. Показателем ретрофлексии является использование в

⁴ Цитировано из «Психотерапевтической энциклопедии», 1999.

речи возвратных местоимений и частиц, например: «Я должен заставить себя сделать это». **Дефлексия** — это уклонение от реального контакта. Человек, для которого характерна дефлексия, избегает непосредственного контакта с другими людьми, проблемами и ситуациями. Дефлексия выражается в форме салонных разговоров, болтливости, шутовства, ритуальности и условности поведения, тенденции «сглаживания» конфликтных ситуаций и т.д. **Конфлуенция** или слияние, выражается в стирании границ между «Я» и окружением. Такие люди с трудом отличают свои мысли, чувства и желания от чужих. Слияние хорошо выявляется на занятиях групповой психотерапией у пациентов, полностью идентифицирующих себя с группой; для них характерно при описании собственного поведения употребление местоимения «мы» вместо «я».

Описанные варианты нарушений процесса саморегуляции представляют собой невротические защитные механизмы, прибегая к которым индивид отказывается от своего подлинного «Я». В результате действия перечисленных механизмов нарушается целостность личности, которая оказывается фрагментированной, разделенной на отдельные части. Такими фрагментами, или частями, чаще выступают дихотомии: мужское — женское; активное — пассивное; зависимость — отчужденность; рациональность — эмоциональность; эгоистичность — бескорыстие. Большое значение придается в гештальт-терапии описанному Ф. Перлсом конфликту между «нападающим» (top-dog) и «защищающимся» (under-dog). «Нападающий» — это интроект родительских поучений и ожиданий, диктующий человеку, что и как он должен делать («Родитель» в терминологии транзактного анализа). «Защищающийся» — зависимая, неуверенная в себе часть личности, отбивающаяся различными хитростями, проволочками типа «сделаю завтра», «обещаю», «да, но», «постараюсь» («Ребенок» в транзактном анализе). Основная цель гештальт-терапии в интеграции фрагментированных частей личности.

В процессе гештальт-терапии на пути к раскрытию своей истинной индивидуальности пациент проходит пять уровней, которые Ф. Перлс называет уровнями невроза.

Первый уровень — уровень фальшивых отношений, уровень игры ролей. Невротическая личность отказывается от реализации своего «Я». Больной неврозом живет согласно ожиданиям других людей. В результате собственные цели и потребности человека оказываются неудовлетворенными, а он испытывает фрустрацию, разочарование и бессмысленность своего существования. Перлсу принадлежит следующий афоризм: «Сумасшедший говорит: «Я Авраам Линкольн», а больной неврозом говорит: «Я хочу быть Авраамом Линкольном», здоровый человек говорит: «Я — это я, а ты — это ты». Отказываясь от самого себя, больной неврозом стремится быть кем-то другим.

Второй уровень — фобический, связан с осознанием фальшивого поведения и манипуляций. Но когда пациент представляет себе, какие последствия могут возникнуть, если он начнет себя вести искренно, его охватывает чувство страха. Человек боится быть тем, кем является, боится, что общество подвергнет его ostracismu.

Третий уровень — тупик. Характеризуется тем, что человек не знает, что и как делать, куда двигаться. Он переживает утрату поддержки извне, но еще не готов или не хочет использовать свои собственные ресурсы, обрести внутреннюю точку опоры. В результате человек придерживается «статуса кво», боясь пройти через тупик.

Четвертый уровень — имплозия. Это состояние внутреннего смятения, отчаяния, отвращения к самому себе, обусловленное полным осознанием того, как человек ограничил и подавил себя. На этом уровне индивид может испытывать страх смерти. Эти моменты связаны с вовлечением огромного количества энергии в столкновение противоборствующих сил внутри человека; возникающее вследствие этого давление, как ему кажется, грозит его уничтожить.

Пятый уровень — эксплозия (взрыв). Достижение этого уровня означает формирование аутентичной личности, которая обретает способность к переживанию и выражению своих эмоций. Эксплозия — это глубокое и интенсивное эмоциональное переживание. Ф. Перлс описывает четыре типа эксплозии: скорбь, гнев, радость, оргазм. Эксплозия истинной скорби является результатом работы, связанной с утратой или смертью близкого человека. Оргазм — результат работы с лицами,

сексуально заблокированными. Гнев и радость связаны с раскрытием аутентичной личности и подлинной индивидуальности.

Основным теоретическим принципом гештальт-терапии является убеждение, что способность индивида к саморегуляции ничем не может быть адекватно заменена. Поэтому особое внимание уделяется развитию у пациента готовности принимать решения и делать свой выбор.

Поскольку саморегуляция осуществляется в настоящем, гештальт возникает в данный «момент», то психотерапевтическая работа проводится сугубо в ситуации «сейчас». Психотерапевт внимательно следит за функциональными изменениями в организме пациента, побуждает его к расширению осознания того, что происходит с ним в данный момент, с тем, чтобы замечать, как он препятствует процессу саморегуляции организма, какие блоки он использует для избежания конфронтации со своим настоящим, для «ускользания из настоящего». Большое внимание психотерапевт уделяет «языку тела», являющемуся более информативным, чем вербальный, которым часто пользуются для рационализации, самооправданий и уклонения от решения проблем. Психотерапевта интересует, что делает пациент в данный момент и как он это делает, например, сжимает кулаки, совершает мелкие стереотипные движения, отводит взгляд, задерживает дыхание. Таким образом, в гештальт-терапии акцент смещается с вопроса «почему?» на вопрос «что и как?». Фрагментирование личности часто устанавливается по рассогласованию между вербальным и невербальным проявлениями.

Феноменологический подход в гештальт-терапии диктует принципы и технические процедуры, связанные с настоящим. Основными принципами являются следующие:

Принцип «сейчас». «Сейчас» — это функциональная концепция того, что и как делает индивид в данный момент. Например, акт воспоминания далекого прошлого является частью «сейчас», а то, что было несколько минут назад, не является «сейчас».

Принцип «я — ты». Выражает стремление к открытому и непосредственному контакту между людьми. Часто свои высказывания члены психотерапевтической группы направляют не по адресу — конкретному участнику, а в сторону или в воздух, что обнаруживает их опасения и нежелание говорить прямо и однозначно. Психотерапевт побуждает участников группы к непосредственному общению, просит адресовать конкретные высказывания конкретным лицам. Прямая конфронтация мобилизует аффект и живость переживания.

Принцип субъективизации высказываний. Связан с семантическими аспектами ответственности пациента. Психотерапевт предлагает пациенту менять объективизированные формы (типа «что-то давит в груди») на субъективизированные («я подавляю себя»). Это помогает пациенту рассматривать себя как активный субъект, а не пассивный объект, с которым «делаются» разные вещи.

Континуум сознания. Является неотъемлемой частью всех технических процедур, но может использоваться и в качестве отдельного метода. Континуум сознания — это концентрация на спонтанном потоке содержания переживаний. Метод подведения индивида к непосредственному переживанию и отказу от вербализаций и интерпретаций, один из центральных в гештальт-терапии. Пациент должен постоянно осознавать или отдавать себе отчет в том, что происходит с ним в данный момент, и также замечать малейшие функциональные изменения в организме. Осознание чувств, телесных ощущений и наблюдение за движением тела (понимание «языка тела») способствуют ориентации человека в самом себе и в своих связях с окружающим.

Технические процедуры в гештальт-терапии называются играми. Это разнообразные действия, выполняемые пациентами по предложению психотерапевта, которые способствуют более непосредственной конфронтации со значимым содержанием и переживаниями.

Эти игры предоставляют возможность экспериментирования с самим собой и другими участниками группы. В процессе игр пациенты «примеряют» различные роли, входят в разные образы, отождествляют себя со значимыми чувствами и переживаниями, отчужденными частями личности и интроектами. Цель игр-экспериментов — достижение эмоционального и интеллектуального прояснения, приводящего к интеграции личности. Эмоциональное осознание («ага-переживание»)

— это такой момент самопостижения, когда человек говорит: «Ага!» По Ф. Перлсу, «ага» — это то, что происходит, когда что-нибудь защелкивается, попадая на свое место; каждый раз, когда «закрывается» гештальт, «звучит» этот щелчок. По мере накопления фактов эмоционального прояснения приходит прояснение интеллектуальное. Число игр не ограничено, так каждый психотерапевт, пользуясь принципами гештальт-терапии, может создавать новые игры или модифицировать уже известные. Наиболее известными играми являются следующие:

Диалог между частями собственной личности. Когда у пациента наблюдается фрагментация личности, психотерапевт предлагает эксперимент: провести диалог между значимыми фрагментами личности — между агрессивным и пассивным; «нападающим» и «защищающимся». Это может быть диалог и с собственным чувством (например, с тревогой и страхом) и с отдельными частями или органами собственного тела, с воображаемым значимым для пациента человеком. Техника игры такова: напротив стула, который занимает пациент («горячий стул»), располагается пустой стул, на который «сажают» воображаемого «собеседника». Пациент поочередно меняет стулья, проигрывая диалог, пытаясь максимально отождествлять себя с реальными частями своей личности.

Совершение кругов. Пациенту предлагается пройти по кругу и обратиться к каждому участнику с волнующим его вопросом, например выяснить, как его оценивают другие, что о нем думают, или выразить собственные чувства по отношению к членам группы.

Незаконченное дело. Любой незавершенный гештальт есть незаконченное дело, требующее завершения. По существу, вся гештальт-терапия сводится к завершению незаконченных дел. У большинства людей есть немало неулаженных вопросов, связанных с их родственниками, родителями и т.д. Чаще всего это невысказанные жалобы и претензии. Пациенту предлагается с помощью пустого стула высказать чувства своему воображаемому собеседнику или обратиться непосредственно к тому участнику психотерапевтической группы, который имеет отношение к незаконченному делу. Гештальт-терапевтами замечено, что наиболее частое и значимое невыраженное чувство — чувство обиды. Именно с этим чувством работают в игре, которая начинается со слов. «Я обижен».

Проективная игра. Когда пациент заявляет, что другой человек имеет некое чувство или черту характера, его просят проверить, не является ли это проекцией. Пациенту предлагается «разыграть проекцию» то есть проверить на самом себе это чувство или черту. Так пациента, который заявляет: «Я испытываю к тебе жалость», просят разыграть роль человека, вызывающего жалость, подходя к каждому из участников группы и вступая с ним во взаимодействие. Постепенно входя в роль, человек раскрывает себя, при этом может произойти интеграция прежде отвергаемых сторон личности.

Выявление противоположного (реверсия). Демонстрируемое поведение пациента часто носит характер защиты, скрывающей противоположные тенденции. Для осознания пациентом скрытых желаний и противоречивых потребностей ему предлагается разыграть роль, противоположную той, которую он демонстрирует в группе. Например, пациентке с манерами «душечки» предлагается разыграть роль агрессивной, высокомерной, задевающей других женщины. Такой прием позволяет достичь более полного соприкосновения теми сторонами своей личности, которые прежде были скрыты.

Упражнения на воображение. Иллюстрируют процесс проекции и помогают участникам группы идентифицироваться с отвергаемыми аспектами личности. Среди таких упражнений наиболее популярна игра «старый, заброшенный магазин». Пациенту предлагается закрыть глаза, расслабиться, затем представить, что поздно ночью он проходит по маленькой улочке мимо старого заброшенного магазина. Его окна грязные, но если заглянуть, можно увидеть какой-то предмет. Пациенту предлагают тщательно рассмотреть его, затем отойти от заброшенного магазина и описать предмет, обнаруженный за окном. Далее ему предлагается вообразить себя этим предметом и, говоря от первого лица, описать свои чувства, ответить на вопрос, почему он оставлен в магазине, на что похоже его существование в качестве этого предмета. Идентифицируясь с предметами, пациенты проецируют на них какие-то свои личностные аспекты.

Большое внимание уделяется в гештальт-терапии работе со сновидениями пациентов. Перлс говорил, перефразируя Фрейда, что «сон — это королевская дорога к интеграции личности». В отличие от психоанализа в гештальт-терапии не интерпретируются сны, они используются для интеграции личности. По мнению автора, различные части сна являются фрагментами личности. Для того чтобы достичь интеграции, необходимо их совместить, снова признать своими эти спроецированные отчужденные части нашей личности и признать своими скрытые тенденции, которые появляются во сне. Путем проигрывания объектов сна, отдельных его фрагментов, может быть обнаружено скрытое содержание сновидения через его переживание, а не посредством его анализа.

Ф. Перлс сначала использовал метод индивидуальных занятий, но впоследствии полностью перешел на групповую форму, находя ее более эффективной и экономичной. Групповая психотерапия проводится как центрированная на пациенте, группа же при этом используется лишь инструментально по типу хора, который, подобно греческому, на заднем плане провозглашает свое мнение по поводу действия протагониста. Во время работы одного из участников группы, который занимает «горячий стул» рядом со стулом психотерапевта, другие члены группы идентифицируются с ним и проделывают большую молчаливую аутотерапию, осознавая сегментированные части своего «Я» и завершая незаконченные ситуации.

В последние годы отмечается явная тенденция отхода от ортодоксальной модели гештальт-терапии с ее непримиримостью к каузальности, полному отказу от анализа и интерпретаций к использованию гештальт-экспериментов в сочетании с каузальными методами психотерапии, чаще с транзактным анализом. Гештальт-терапия, по мнению Ф. Перлса, наиболее эффективна при лечении неврозов.

7.2.1.3. Транзактный анализ⁵

Этот метод психотерапии был создан американским психиатром Е. Берном Е. (Е. Berne) в 1957 г.

По меткому определению Aidy E., Aidy B., Saiman-Donning L. (1987), «транзактный анализ можно определить как динамическую психотерапию З. Фрейда, в сочетании с более гуманистическим философским подходом, особым вниманием к изменению поведения и мышления в сочетании с хорошей подачей материала. Транзактный анализ — отличный пример терапии, базирующейся на прекрасной теории, открыто раскрывающей перед обществом свои воззрения. Транзактный анализ важная часть образования хорошего терапевта». Приведенная выше точка зрения в определении транзактного анализа свободна от предвзятости заинтересованной стороны, поскольку авторы не являются транзактными аналитиками.

Согласно концепции создателя этого метода (Berne E.), человек запрограммирован «ранними решениями» в отношении жизненной позиции. Каждый человек проживает свою жизнь по определенному сценарию, то есть по образу и подобию своих предков. Причем, принимая решения в настоящем, индивидуум основывается на стереотипах, выработанных ранее и когда-то бывших необходимыми для его психологического выживания, но теперь становящихся чаще всего бесполезными. По мнению Берна Е., «основная цепь психотерапевтического воздействия — реконструкция личности на основе пересмотра жизненных позиций, осознания непродуктивных стереотипов поведения, мешающих принятию адекватных настоящему моменту решений, формирование новой системы ценностей исходя из собственных потребностей и возможностей».

По мнению международной ассоциации транзактного анализа, транзактный анализ является теорией личности и системной психотерапии, преследующей цель развития и изменения личности. Составляющими транзактного анализа, по мнению Берна Е., являются:

- структурный анализ, определяющий структуру личности;
- анализ транзакций, определяющий вербальные и невербальные взаимодействия между людьми;
- анализ психологических игр, помогающий выявлению скрытых транзакций, приводящих к желаемому исходу (выигрышу);

⁵ Цитировано по «Психотерапевтической энциклопедии». 1999.

— анализ сценария (скрипт-анализ) — выявление индивидуального жизненного сценария, которому человек невольно следует.

По мнению Берна Е., структура личности состоит из трех компонентов «Я»: Родитель (Экстеропсихе), Ребенок (Археопсихе), Взрослый (Неопсихе).

Все три состояния не являются определенными ролями, исполняемыми людьми, а являются феноменологическими реальностями, поведенческими стереотипами, провоцируемыми актуальной ситуацией.

Под словом «Родитель» понимается информация, полученная в детстве от родителей и других авторитетных лиц в виде наставлений, поучений, рекомендаций правильного поведения, установленных социальных норм, запретов, определяющих, как нужно и как нельзя вести себя в той или иной ситуации. Здесь смешение, с одной стороны, полезных, проверенных временем правил, с другой — вместилище предрассудков и предубеждений. Родитель может выступать в двух ипостасях: контролирующего (запрещающего, санкционирующего) и заботящегося (советы, поддержка, опека). Диагностировать состояние родителя предлагается по следующим высказываниям: «Я должен», «мне нельзя». К другим вербальным характеристикам относятся поучающие, оценивающие, поддерживающие или критические замечания типа «всегда», «никогда», «прекрати это», «ни за что на свете», «итак, запомни», «сколько раз я тебе говорил», «я бы на твоём месте», «милый мой», «бедняжка», «какой вздор». Физическим признаком Родителя является нахмуренный лоб, поджатые губы, качание головой, «грозный вид», «указующий перст» руки, постукивание ногой, руки на бедрах, руки, скрещенные на груди, вздохи, поглаживание другого по голове и т.п.

Ребенок — это эмотивное начало в человеке, которое может проявляться в двух видах: в виде Естественного и в виде Адаптированного ребенка.

Первый включает в себя все импульсы, присущие ребенку: доверчивость, нежность, непосредственность, любопытство, творческую увлеченность, изобретательность. Благодаря этим чертам Естественный Ребенок приобретает большую ценность, независимо от возраста человека. Он становится более обаятельным и теплым. Но Естественный Ребенок не только обаятелен, но и капризен, обидчив, легкомыслен, снисходителен к себе, эгоцентричен, упрям и агрессивен.

Второй представляет ту часть личности, которая, желая быть принятой родителями и боясь отвержения, не позволяет себе такого поведения, которое не соответствует их ожиданиям и требованиям. Адаптированному Ребенку свойственна повышенная конформность, неуверенность, возникающая особенно при общении со значительными лицами, робость, стыдливость. Антипарадоксальностью Адаптированного Ребенка является Бунтующий (против родителя) Ребенок. Он иррационально отрицает авторитеты, нормы, постоянно нарушает дисциплину.

Ребенок в транзактном анализе диагностируется на основании высказываний, выражающих чувства, желания, опасения: «Я хочу», «Я не хочу», «Я боюсь», «меня злит», «Я ненавижу», «мне все равно», «какое мне дело». К невербальным характеристикам относятся дрожание губ, слезы, «надутый вид», потупление взора, хныканье, пожимание плечами, размахивание руками, выражение восторга.

Взрослое «Я» — состояние в транзактном анализе означает способность индивида объективно оценивать действительность по информации, полученной в результате приобретенного собственного опыта, и на основании этого принимать независимые, адекватные ситуации решения. Если Родитель — это преподанная концепция жизни, а Ребенок — это концепция жизни через чувства, то Взрослый — это концепция жизни через мышление, основанная на сборе и обработке информации.

В теории З. Фрейда Взрослому соответствует «Я» подобно тому, как «Я» у З. Фрейда является ареной, на которой разворачиваются баталии между вытесненными чувствами «ОНО» и социальными запретами «СВЕРХ-Я», у Берна Взрослый играет роль посредника между Родителем и Ребенком. Роль Взрослого сводится не к подавлению того и другого и возвышению над ними, а к изучению информации, записанной в Родителе и Ребенке. Анализируя эту информацию, Взрослый решает, какое поведение наиболее соответствует данным обстоятельствам, от каких стереотипов необходимо отказаться, а какие желательно включить. Поэтому здесь становится уместным положение транзактного анализа: «Будь всегда Взрослым».

При транзакциях людей могут включаться различные «Я-состояния». Различают дополнительные, перекрестные и скрытые транзакции. Дополнительными считаются транзакции, соответствующие ожиданиям констатирующих людей и отвечающие здоровым человеческим отношениям.

Перекрестные транзакции обладают конфликтогенной способностью. В этих случаях на стимул дается неожиданная реакция, активизируется неподходящее состояние «Я». Классическим является пример Берна «запонки».

Муж ищет свои запонки, при этом спрашивает у жены: «Ты не знаешь, где мои запонки?» Это вопрос взрослого. Ответ должен быть таким: «Посмотри в верхнем ящике гардероба». Но если жена не в настроении, то последует ответ: «Куда положил, там и возьми». Стимул исходил от Взрослого, но последовал ответ Родителя. Стимул и реакция пересеклись, муж и жена не могут больше говорить о запонках. У жены возникает вопрос, почему ее муж никогда не кладет свои вещи на свои места. Если бы ответ жены исходил от Ребенка («Вечно я у тебя во всем виновата!»), образовался бы тот же тупик. Все это заканчивается скандалом и хлопаньем дверью с громким выкриком: «Это все из-за тебя!»

Скрытые транзакции отличаются от предыдущих тем, что включают более двух состояний «Я», так как сообщение в них маскируется под социально приемлемым стимулом, но ответная реакция ожидается со стороны эффекта скрытого общения, что и составляет суть психологических игр.

Психологическая игра представляет собой серию следующих друг за другом дополнительных скрытых транзакций с четко определенным и предсказуемым исходом.

В книге Берна «Игры, в которые играют люди» (1964) описываются десятки игр. Их исполняют из Родительского состояния «Я», Взрослого — «Я», из Детского состояния «Я», когда повторяют в первом случае игру Родителей, во втором, когда они сознательно рассчитаны, и в третьем, когда они основаны на ранних переживаниях, решениях и психологических позициях, которые ребенок занял в отношении себя и других в детстве.

Психологическая позиция — это одно из основных понятий транзактного анализа. Известным пропагандистом транзактного анализа за рубежом стали психиатр Т. Харрис (Т.А. Harris), благодаря своей книге «Я о'кей — ты о'кей», и Ф. Инглиш (F. English).

Они считали, что в процессе транзактного анализа необходимо добиться определенных позиций. Первый выделял таких позиций 4; второй — 5.

Первая позиция: «Я о'кей — ты о'кей» — позиция полного довольствия.

Вторая позиция: «Я не о'кей — ты не о'кей» — полного неблагополучия.

Третья позиция: «Я не о'кей — ты о'кей» — состояние неполноценности.

Четвертая позиция: «Я о'кей — ты не о'кей» — состояние криминогенности.

Пятая позиция: «Я о'кей — ты о'кей» — реалистическая позиция. «Жизнь стоит того, чтобы жить».

Важную роль в транзактном анализе играет сценарий, по Берну, почти вся человеческая деятельность запрограммирована жизненным сценарием, начинающимся в раннем детстве. «Ты станешь знаменитым»; «ты неудачник, ты никогда ничего не достигнешь»; «ты настоящий артист»; «ты такой хилый, ты никогда не станешь настоящим мужчиной»; «не рассчитывай со своими данными выйти замуж». По Берну, в каждом ребенке скрывается «принц» или «принцесса».

Берн создавал транзактный анализ как психотерапию, предназначенную для групповой терапии. Пациентов обучают основным понятиям транзактного анализа, пониманию механизмов поведения и их расстройств. Психотерапевт и пациент пользуются при этом доской и мелом. Целью работы является осознание членами группы, в пределах, какого «Я-состояния» они обычно функционируют (структурный анализ).

Развивая это осознание, пациенты используют раннее программирование, послания (сообщения), которые они получали от родителей, и свои ранние решения в отношении собственного достоинства.

Руководитель группы выступает в большей степени как учитель, часто использует дидактические подходы, чтобы помочь пациентам испытать и найти и установить контроль над своей жизнью. Конечной целью трансактового анализа является достижение автономии личности, что помогает определить свою собственную судьбу, принять ответственность за свои поступки и чувства.

В основе практики трансактового анализа лежит контракт, в котором оговариваются условия лечения. В него включаются цели, поставленные пациентом перед собой, и пути, по которым эти цели будут достигаться; сюда относятся предложения психотерапевта по лечению и список требований к пациенту, которые он обязуется выполнять. Пациент решает, какие убеждения, эмоции и стереотипы поведения он должен изменить в себе, чтобы достигнуть намеченных целей. После пересмотра ранних решений пациенты начинают думать, вести себя и чувствовать по-другому, стремясь приобрести автономию.

Энтузиастом широкого внедрения трансактового анализа в медицинскую практику в России является В.В. Макаров (1999). В своих «Избранных лекциях по психотерапии» он отмечал, что «составляющими классического трансактового анализа являются пять их вариантов: анализ экзистенциальных позиций, структурный анализ, анализ взаимодействий, анализ игр, анализ жизненных сценариев. Каждый раздел трансактового анализа может рассматриваться отдельно и самостоятельно. А все вместе они и составляют классическую схему современного трансактового анализа».

По мнению В.В. Макарова, конечной целью трансактового анализа являются: «принятие ответственности, владение собой, достижение автономии, отказ от поведения, не относящегося к делу, неуместного здесь и теперь, самостоятельного определения своей судьбы». Далее автор пишет, что: «Целью трансактового анализа также является достижение человеком независимости и автономии, освобождение от принуждения, включенность в настоящее, свободные от игр взаимодействия, допускающие откровенность и близость». И далее: «конечная цель трансактового анализа — научить человека жить, полностью реализуя себя, и быть счастливым в изменяющемся мире».

В своих «Избранных лекциях...» известный российский психотерапевт В.В. Макаров большое внимание уделил различным аспектам психотерапии прошлого и настоящего во всем мире и в России в частности. Его лекции написаны как бы специально для россиян, проживающих на территории бывшего советского государства.

В своих «Лекциях...» автор важную роль отводит разделу трансактового анализа, перенося его на иную российскую, отличную от западной почву. Он один из немногих психотерапевтов, творчески развивающих трансактивный анализ в России. По мнению Ю.В. Валентика, «изучение национального менталитета позволило описать жизненные сценарии наших соотечественников, варианты основных жизненных позиций и многое другое, необходимое для проведения психотерапии».

В рамках настоящего учебного пособия мы кратко изложили особенности трансактового анализа, отмеченные его автором, Е. Берном. Что касается модификации трансактового анализа, перенесенного В.В. Макаровым на российскую почву, мы рекомендуем для более подробного изучения этого метода нашим читателям обратиться к «Избранным лекциям по психотерапии», вышедшим из печати в 1999 году.

7.2.1.4. Нейролингвистическое программирование⁶

В завершение настоящего раздела, небезынтересного с нашей точки зрения, для врачей может явиться еще одна психотерапевтическая модель неопрейдистского толка, широко и успешно применяемая в настоящее время как за рубежом, так и в нашей стране, под названием — «Нейролингвистическое программирование». Она, по мнению многих специалистов, является междисциплинарной интегративной концепцией необихевиористической ориентации.

История возникновения нейролингвистического программирования насчитывает всего несколько десятилетий. Оно начало разрабатываться в 1975 г. двумя американцами: математиком R. Bandler и лингвистом J. Grinder, и явилось современным направлением постэриксонской психотерапии (эриксонский гипноз в сочетании с позитивной психотерапией).

⁶ Цитировано по «Психотерапевтической энциклопедии». 1999.

Нейролингвистическое программирование создавалось его авторами как модель человеческих коммуникаций и поведения, которая рекомендована ими для описания и эффективного использования в организации взаимодействий не только в психотерапии, но и в педагогике, менеджменте с целью их оптимизации.

Базовыми источниками нейролингвистического программирования являются:

- изучение и анализ практики Эриксона (M.N. Erickson), семейная психотерапия Сатир (V. Satir), гештальт-терапия Перлса (F.S. Perls) и практика многих других представителей американской психотерапии;

- современные данные о межполушарной асимметрии — различиях в переработке информации правым и левым полушариями; работ Бейтсона (T. Bateson), посвященные «экологии разума», зоопсихологические данные формирования нестандартных «творческих» стереотипов поведения дельфинов при определенных условиях дрессировки;

- трансформационная грамматика Хомского (N. Chomsky), выделяющая глубинные структуры языка, правила организации и трансформации сообщения;

- исследования кибернетики 50-60-х годов, стирающие границы между искусственным и естественным интеллектом; теория логических типов Рассела (B. Russell).

Базисные постулаты нейролингвистического программирования можно сформулировать следующим образом:

- человеческий организм, мозг подобны компьютеру, имеющему набор программ. Помимо генетического программирования, формирование «программ» стереотипов поведения и жизнедеятельности в целом осуществляется путем закрепления внушений значимых лиц, самопрограммирования и стрессовых переживаний, сопровождающихся трансовыми состояниями сознания;

- большая часть «программ» не осознается и не предъясняется в речи, но отражена в глубинных речевых структурах. Важную информацию «программ» подготовленный наблюдатель может считывать, задавая сформированные вопросы и ориентируясь на специфические (формальные) языковые структуры и индивидуальные невербальные проявления в ответе человека;

- все поведенческие стереотипы (симптомы) имели в прошлом и, вероятно, имеют в настоящем адаптивные функции. Но возможно «перепрограммирование» (точнее самопрограммирование) человека на основе особенностей переработки информации и трансовых состояний пациента;

- нейролингвистическое программирование акцентирует внимание на «подстройке» к пациенту и эффективных технологиях взаимодействия с ним (а не на концептуальных основаниях или эмпатических взаимоотношениях с пациентом, что характерно для психодинамического или гуманистического направления). Такая «техническая» ориентация сочетается с бережным вниманием к самооценности человека и принципом «не вреди».

В нейролингвистическом программировании разработаны специфические методы диагностики и коррекции. При диагностике выявляются речевые искажения метамодели, ведущие репрезентативные системы переработки информации, проводится калибровка индивидуальных невербальных ответов «да-нет» и поверхностных коррелятов глубинных речевых структур.

Диагностика ведущей репрезентативной системы, позволяющая выбрать оптимальную форму подстройки к пациенту, проводится посредством анализа речевой продукции и поведенческих стереотипов и калибровки глазодвигательных сигналов.

Типичная схема глазодвигательных сигналов доступа к репрезентативной системе

Вправо		Влево
Визуальное конструирование	Концентрация внимания на воспоминаниях, эйдетическая память	Визуальные образы
Аудиальное	Концентрация внимания на	Аудиальные образы

конструирование	внешних или внутренних объектах	
Кинестетические образы	Концентрация внимания на внутренних переживаниях	Внутренний диалог

В представленной выше схеме отражена пространственная проекция репрезентативных систем на поле зрения человека. Так, быстрые нистагмоидные движения глазных яблок влево-вверх указывают на репрезентацию визуальных воспоминаний. Можно предположить, что подобная проекция глазодвигательных сигналов отражает и мозговую архитектуру. В приведенной выше типичной пространственной структуре не исключены и индивидуальные отличия. В любом случае, в работе с пациентами рекомендуется калибровка индивидуальных проекций репрезентативных систем и стратегий переработки информации посредством целенаправленных команд-вопросов с последующим отслеживанием глазодвигательных реакций. Тест-вопрос, адресованный визуальной памяти, может быть сформулирован так: «какого цвета были...?» и т.п. а нацеленный на выявление проекции внутреннего диалога: «Что Вы себе обычно говорите, когда довольны собой?» и т.п.

Калибровка индивидуальных невербальных ответов используется в приеме «разговор с подсознанием» и проводится с помощью тестовых вопросов, фиксаций микромимических, пантомимических и вегетативных реакций. При калибровке ответов «да — нет» сначала задаются вопросы, предполагающие однозначные утвердительные ответы, затем отрицательные. Пациент может говорить или молчать, в любом случае внимание исследователя направлено на невербальные компоненты, стереотипно повторяющиеся при ответах «да» и «нет» (расширение зрачков, учащение дыхания, подергивание щеки, или стопы и др.). Аналогичным образом калибруются многие семантические структуры, преимущественно дихотомического характера («мужчина — женщина»; «толстый — тонкий»), что позволяет целенаправленно вмешиваться в переживания, ориентируясь на выявленные невербальные сигналы.

Коррекционные техники нейролингвистического программирования преимущественно базируются на трансовых состояниях пациента. Разработаны различные способы использования транса. Применяются и описаны методики «взмаха» («свиста»), рефрейминга (переформирования), «якоря», аудиально-кинестетической и визуально-кинестетической диссоциаций, изменения личной истории и др.

Переформирование (reframing) — перепрограммирование, апеллирующее к бессознательным ресурсам пациента, смена неудовлетворяющего стереотипа реагирования (симптома) или способа решения (нерешения) проблемы более адекватным и адаптивным. Возможна (и даже желательна) такая структура проработки, когда врач не знает о содержании перепрограммируемого стереотипа. Кроме названия «рефрейминг», используют и другие термины: перепрограммирование, переработка, перестройка. Предлагаемая схема переформирования является модификацией наиболее известной техники нейролингвистического программирования — «шестишагового рефрейминга» — и заимствована из книги Бендлера и Гриндера «Трансформация» (1981).

Выработка невербальной сигнальной системы ответов «да — нет».

Идентификация стереотипа поведения, подлежащего изменению: «Прошу Вас выбрать некий стереотип поведения, который Вам не нравится, назовем его — Х., дать сигнал «да», когда выбор будет завершён» (+ 3-й шаг).

Подключение сигнальной системы «да — нет»: «Прошу Ваше подсознание подключить систему ответов «да — нет» к той его области, которая ведаёт действием стереотипа Х. Когда это произойдет, прошу область подсознания подать сигнал «да», а затем — «нет» (+/- 4-й шаг).

Выделение положительной функции поведенческого стереотипа: «Желаете ли Вы позволить Вашему сознанию узнать, каково значение того, что происходит, когда проявляется стереотип Х., каков его смысл?» (- 5-й шаг; + — «продолжайте, проинформируйте Ваше сознание. Когда это будет сделано, подайте сигнал «да», и мы сможем перейти к следующему шагу»).

Создание новых альтернатив: «Желаает ли область подсознания, ответственная за стереотип Х., обратиться к созидającym ресурсам личности и выработать новые способы поведения, отличающиеся от стереотипа Х., но выполняющие такие же позитивные функции?» (+ — 6-й шаг «Прошу подсознание продолжать и подать сигнал «да», когда оно найдет не менее трех новых вариантов поведения». Дождавшись положительного ответа — перейти к 6-му шагу. Можно предварительно определить время, необходимое для поиска, предлагая конкретные временные интервалы и ориентируясь на ответы «да — нет», что позволит врачу на это время предоставить пациента самому себе).

Оценка новых альтернатив: «Прошу область подсознания, ответственную за стереотип Х., оценить каждый из найденных вариантов. Уверено ли подсознание в том, что данный вариант поведения, по крайней мере, настолько же непосредствен, доступен и эффективен, как стереотип Х?» Прошу подать мне сигнал «да», когда таким образом будет положительно оценен каждый новый вариант. Всякий раз, когда один из вариантов будет определен как соответствующий поставленным условиям, должен быть подан сигнал «да» (при получении менее трех сигналов «да» — просьба о продолжении поиска и выработки большего количества вариантов, повторение 5-го шага. При достаточном количестве положительных ответов -> 7-й шаг).

Выбор лучшей альтернативы: «Прошу подсознание выбрать новый способ поведения, наиболее доступный и наиболее точно выполняющий позитивные функции стереотипа Х, и подать сигнал «да», когда такой способ будет найден» (+ — 8-й шаг). Экологическая проверка, подстройка к будущему поведению: «Прошу Ваше подсознание представить использование нового способа поведения в соответствующей ситуации и сообщить сигналом «да», если он окажется удовлетворительным» (- — 5-й шаг; + -> закрепление выбора и выведение из транса).

Ф. Пуцелик (F. Pucelik) выделяет несколько принципов эффективной психотерапевтической коммуникации: каждый пациент имеет ресурсы, которые могут ему помочь; дело психотерапевта — способствовать их реализации; индивидуально-субъективные восприятия пациентом реальности — основа психотерапии; психотерапевтическая коммуникация равна эффективной манипуляции, при которой выигрывают оба партнера, взаимодействуя; темп психотерапевтического процесса задается пациентом. При «регрессе» пациента на пройденную ранее ступень психотерапевт должен вернуться на эту ступень, успокоить больного, поздравить его с хорошей самозащитой от неверного шага и составить вместе с ним новый план действий; сопротивление следует расценивать как знак неправильного использования энергии пациента; предлагаемые приемы должны удовлетворять требованиям пациента, конкретности и достигаемости в недалеком будущем определенных целей, низкого риска и ориентации на успех; самый важный пациент — сам психотерапевт: половина успеха зависит не от методик, а от модели жизни самого психотерапевта, ее соответствия его поступкам; нужно доверять своей интуиции, своему «бессознательному», предоставлять себе право на эксперимент с новыми приемами и право на ошибку в работе с пациентом.

Мы изложили лишь некоторые общие принципы методики нейролингвистического программирования. Всех психотерапевтов, заинтересованных в использовании нейролингвистического программирования в своей практике, мы отсылаем к переработанным стенограммам семинаров авторов, создавших эту методику.

Глава 8. Гипносуггестивная терапия и ее вариант гипноанализа.

После того как мы описали основные неопрейдистские методы психотерапии, применяемые в России в последнее десятилетие, возвратимся вновь к использованию гипнотерапии у нас в стране на протяжении всего XX века. В то время как на Западе о гипнозе стали забывать, в России внедрение гипнотерапии в медицинскую практику продолжало расти. Это было обусловлено тем, что, во-первых, любые другие психотерапевтические методики, применяемые на Западе, у нас были полностью запрещены либо внедрение их было резко ограничено, а во-вторых, гипноз был высоко эффективен.

Широкое внедрение гипноза в медицинскую практику было рекомендовано выдающимися отечественными учеными А.И. Яроцким (1908) и В.М. Бехтеревым (1911).

История развития научных представлений о природе гипноза и методах его применения в медицине с исчерпывающей полнотой представлена в работах К.И. Платонова (1962); В.Е. Рожнова (1954, 1979); И.Ф. Мягкова (1967); И.М. Виша (1969); И.Е. Вольперта (1972); П.И. Буля (1974); А.П. Слободяника (1977).

К.И. Платонов (1962) предложил методику лечения различных невротических состояний посредством гипноза — отдыха. Больной погружался в гипнотическое состояние на длительный срок (до 15-20 часов в сутки). По мнению автора, больные после погружения в гипнотическое состояние продолжали оставаться в нем длительное время. Причем гипнотический сон переходил в естественный, и поэтому восстанавливать раппорт с больным приходилось каждое утро.

Мы также проводили лечение пролонгированным гипнотическим состоянием больных неврозами. Но продление гипноза мы осуществляли путем передачи раппорта от лечащего врача к дежурному и обратно. Продолжительность такого сна была от одной до двух недель, кормление больных и осуществление физиологических отправок производилось под влиянием внушений или раппорта.

По предложению В.Е. Рожнова (1979) проводилась групповая гипносуггестивная психотерапия на фоне достаточно продолжительного гипнотического состояния (от 2 до 4 часов), причем за этот длительный период времени проводились прерывистые, 15-2-минутные внушения лечебного характера. По нашему мнению, пролонгированный гипнотический сон (от 2 до 4-6 часов) является очень эффективным, если он венчает сеанс гипносуггестивной терапии. В таком случае врач, заканчивая сеанс, внушает больному, что лечебный продленный сон будет способствовать закреплению достигнутых результатов лечения. Обычно после того, как во время внушения была дана команда на продолжение сна с лечебной целью, врач внушал больному, что он проснется через несколько часов самостоятельно либо будет пробужден врачом через определенное время.

В 1982 г. В.Е. Рожнов описал разработанную им методику коллективной групповой психотерапии больных, страдающих алкоголизмом, под названием «эмоционально-стрессовой гипнотерапии». По мнению автора, число больных в группе может варьировать от 8 до 20 человек. В последующем автор применял эту методику и при лечении неврозов, назвав ее концепцией эмоционально-стрессовой психотерапии.

По словам В.Е. Рожнова (1982), на разработку этой концепции как «системы воздействия на больного путем формирования у него жизнеутверждающих оптимистических устремлений и идеалов, целей и задач, которые способны преодолеть его болезненную ипохондричность, пессимизм, фобическую настороженность, апатию, безволие, лишение сил, необходимых для борьбы со страданием, оказало влияние понятие о тимогенностях, выдвинутое В.А. Гиляровским (1946)».

Различные аспекты амбулаторной и стационарной эмоционально-стрессовой психотерапии при разных заболеваниях представлены в работах сотрудников В.Е. Рожнова — М.Е. Бурно (1982); И.С. Павлова (1982); А.С. Слуцкого (1982) и др.

Мы в своей практической деятельности были в основном нацелены на внедрение в лечебную практику гипносуггестивной терапии. Нам больше всего импонировали взгляды И.П. Павлова на природу гипноза, изложенные им в его многочисленных работах по исследованию высшей нервной деятельности в норме и патологии, которые позволили нам понять сущность гипнотического состояния и сущность патологического процесса при неврозе. В связи с этим мы легко могли подобрать разнообразные формы словесного внушения, нацеленные на уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного.

Учение И.П. Павлова о первой и второй сигнальных системах позволяет понять, что именно словом (сигналом II порядка) можно воздействовать на психику человека с лечебной целью.

«Слово, — писал И.П. Павлов, — благодаря своей предшествующей жизни взрослого человека, связано со всеми внешними и внутренними раздражениями, всех их сигнализирует, всех их заменяет и потому может вызывать все те действия, реакции

организма, которые обуславливают те же раздражения. Таким образом, внушение есть наиболее упрощенный типичнейший условный рефлекс человека».

Предложенный Д. Брэдом термин «гипноз» нашел свое применение в трудах З. Фрейда и И.П. Павлова. Еще аббат Фариа назвал гипноз люцидным сном. Позже появилось выражение «гипнотический сон» и т.д. Р. Schidler (1938), E. Kretschmer (1949) поддержали идею о близости гипноз и сна с физиологической точки зрения. Для школы И.П. Павлова гипноза является частичным корковым торможением.

В последние годы с открытием роли ретикулярной формации мозгового ствола в поддержании бодрствования появилась теория, приписывающая особое значение этой формации в механизме гипноза. Ряд американских ученых относительно имеют прямо противоположное мнение теории сна-гипноза. Они провели большое количество исследований на загипнотизированных пациентах, и почти во всех случаях дыхание и пульс, другие физиологические функции, показатели электроэнцефалограммы были такими же, как и в состоянии бодрствования.

Тем не менее, помимо сходства между гипнозом и сном с физиологических позиций психоаналитики обнаруживают их сходство в психологическом плане.

З. Фрейд, признавая сонную природу гипноза, утверждал, что гипнотические взаимоотношения имеют эротическую основу.

Сегодня большинство авторов признают сходство гипноза со сном и не считают гипноз патологическим состоянием, однако единого мнения о природе гипноза еще нет. Мы убеждены в том, что какие бы воззрения на природу этого замечательного явления ни высказывались, внушения в гипнотическом состоянии чудодейственным образом влияют на человека. Внушению в системе «гипноз-внушение» принадлежит приоритетная роль, а гипнотическое состояние является лишь фоном, способствующим усилению механизма внушения и самовнушения.

На современном уровне развития психотерапии углубленное изучение механизмов внушения необходимо для понимания ее лечебного эффекта. Именно внушение, с нашей точки зрения, обеспечивает терапевтический успех.

Слово является основой внушения, психотерапевты должны углубленно анализировать характер того или иного словосочетания, специфически действующего на разные болезненные проявления. Наш опыт показывает, что посредством словесного воздействия врач может оказать влияние на физиологические, нервно-психические и другие функции больного организма, способствуя их нормализации. Подтверждением этому служат разработанные нами модели внушения при различных заболеваниях с учетом их специфики, о которых пойдет речь позже.

Назначая больному гипносуггестивную терапию, врач оказывается перед важнейшей проблемой восприимчивости больного к гипнозу. Очень многое в практике врача-психотерапевта зависит именно от этого. Общеизвестна тесная связь между внушаемостью, то есть своеобразной степенью подчинения одного человека влиянию другого, и эффективностью словесного воздействия на человека с лечебной целью.

Анализируя особенности больных, находящихся у нас на лечении гипносуггестивной терапией, мы можем с уверенностью сказать, что гипнозу поддаются все люди, за исключением тех, кто не понимает обращенной к ним речи (это имбецилы, идиоты, слабоумные и лица, находящиеся в состоянии расстроенного сознания).

Просто кто-то поддается гипнозу быстрее, а кто-то медленнее. Существуют люди, которые могут быть загипнотизированы исключительно быстро любым человеком (это так называемые сомнамбулы или медиумы). Они обладают такой степенью внушаемости, что впадают в легкий транс еще до соприкосновения с врачом-психотерапевтом (перед гипнотарием, перед аудиторией, где должна произойти встреча с гипнотизером). Другая категория людей с большим трудом поддается гипнозу, они по различным мотивам сопротивляются погружению в гипнотическое состояние. И наконец, существуют субъекты, поддающиеся гипнозу лишь некоторыми врачами.

Таким образом, любой пациент, понимающий речь, может быть погружен в гипнотическое состояние с быстротой, зависящей от степени его внушаемости. Причем последняя также может определяться опытом и авторитетом врача. По нашему мнению, степень внушаемости больного отнюдь не является постоянным качеством. У одного и того же человека в разные периоды его жизни внушаемость

изменяется в зависимости от различных внешних обстоятельств, важную роль при этом играют поведение и квалификация врача-психотерапевта и техника гипнотизации. По литературным данным среди больных наиболее внушаемыми являются люди, страдающие алкоголизмом, энуретики, астматики, а среди здоровых — солдаты.

Рассмотрев вопрос о том, какие люди поддаются гипнозу, мы не можем оставить без внимания вопрос о том, кто не может гипнотизировать? По нашему мнению, не может гипнотизировать тот, кто по какой-либо причине не владеет речью (заикание, косноязычие). Юридическое право гипнотизировать имеют только врачи, в редких случаях психологи, но под контролем врача.

Техника гипноза должна быть гибкой, приспособленной к каждому больному, с учетом его специфических характерологических особенностей и гипнабельности. Особое значение для успеха всей последующей терапии имеет первое знакомство врача с больным. Уже во время их первой беседы больной должен почувствовать, что перед ним врач высокой квалификации, наделенный огромными возможностями воздействия на человека, которое позволит избавить последнего от недугов. Больной должен почувствовать, что перед ним настоящий целитель.

Существует убеждение, что гипнотизер это личность специфической структуры. К сожалению, некоторые врачи даже играют на этом, всячески подчеркивая свое «особенное» предназначение, зачастую преследуя только меркантильные цели. Некоторые из них стараются собирать огромные аудитории и обещают вылечить на сеансе почти все болезни. Эти «гастролеры» не имеют ничего общего с официальной медициной и заслуживают только осуждения.

Гипнотизером не рождаются, гипнотизером становятся. Для того чтобы быть хорошим психотерапевтом (гипнотизером), прежде всего нужно быть врачом высочайшей квалификации, тонким клиницистом, глубоко знающим мельчайшие нюансы клиники и течения тех или иных заболеваний; обладать высокой эрудицией, не только специальной, но и общей, глубоко знать вопросы философии, психологии, художественной литературы, искусства, политики, хорошо владеть речью, уметь слушать больного. Для врача очень важно быть хорошим собеседником, уметь располагать к себе больного, сопереживать его страданиям, быть внимательным, отзывчивым, а также высоконравственным и честным.

По мнению некоторых авторов, для врача-психотерапевта имеют значение «представительная внешность гипнотизера, его социальное положение, уверенность в своих силах и даже некоторые физические особенности».

По нашим наблюдениям, для многих больных имели значение аккуратность врача, его уверенность в себе, в своих целительных способностях.

Терапевтический эффект гипносуггестивной терапии в большей мере обусловлен непосредственным внушением, ориентированным на устранение симптомов и болезни в целом.

Л. Черток (1972) называет этот вид терапии «терапией под гипнозом», нацеленной на усовершенствование «самосознания больного человека», и выделяет три метода:

- терапия, направленная на изменения поведения;
- катартический метод;
- гипноаналитический метод.

Первый метод широко распространен в России. Мы часто используем во время психотерапевтических сеансов прямое внушение в комбинации с «мотивированным внушением» и рациональной психотерапией (по Н. Дюбуа, 1913; Т. Дежерин, 1912), то есть мы проводим глубокий анализ причин, вызвавших болезненное состояние, разъясняем больным патофизиологические механизмы болезни на основе учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности и намечаем пути выхода из болезненного состояния (см. ниже описание нашего метода гипноанализа).

Американские психиатры считают, что «использование гипнотических приемов в терапевтических целях предоставляется тем, кто по своей теоретической и практической подготовке удовлетворяет всем требованиям, необходимым для установления полного диагноза болезни, что гипноз должен проводиться только врачами, отвечающими этим условиям, и что гипноз не должен никогда быть

единственным методом терапии». Это мнение полностью совпадает с нашим воззрением на этот счет.

Любой врач, по нашему мнению, может использовать гипноз в своей практике, но только в рамках своей профессии, то есть в рамках своей компетенции. В мировой медицинской литературе известны случаи, когда малокомпетентные врачи, проводя гипносуггестивную терапию, не только не устраняли те или иные симптомы болезни, но и вызывали у больных более серьезные нарушения и даже психотические расстройства. Многие авторы, в том числе и Л. Черток (1972), подчеркивают, что «при применении гипноза необходима особая осторожность в отношении уничтожения симптомов. Гипноз иногда слишком резко снимает симптомы, что не только может привести к появлению заменяющих симптомов, но и вызвать другие нежелательные реакции, вплоть до появления суицидальных тенденций». И наконец, огромную опасность при проведении гипнотерапии представляют так называемые «эпидемии» гипноза. Речь идет об использовании гипноза различными шарлатанами явно не с лечебной целью. Таких «эпидемий» гипноза, начиная с А. Месмера, в истории было много, и они в ходе технического прогресса обретают все более изощренный, «преступный» характер.

Потенциальная опасность неквалифицированного использования гипносуггестивной терапии обязывает нас иметь строго регламентированные показания к гипнотерапии. В декларации Американской психиатрической ассоциации записано, что «гипноз используется правильно и разумно во время терапии только тогда, когда он служит терапевтическим целям, не принося вреда больному. Его можно использовать у некоторых больных как седативное и обезболивающее средство, с целью облегчить страх и тревогу и уничтожить симптомы. Гипноз можно применять также у невротических и психических больных, но на базе строгого отбора».

С нашей точки зрения лечение гипнозом оказывается наиболее эффективным в том случае, когда больной дает согласие на лечение, при условии что оно ему показано. Если же больной сопротивляется предложенному ему гипнотерапевтическому методу лечения, врач должен проявить осторожность и выявить причину сопротивления. Всякое негативное отношение больного к гипнозу является фактором, снижающим эффективность лечения, и может быть причиной компрометации данного метода терапии.

В литературе имеются указания на трудности, возникающие у врача при определении точных границ терапевтических показаний для применения гипноза. Мы длительное время широко применяли с лечебной целью разные психотерапевтические методики (гипносуггестивная терапия, рациональная психотерапия, наркопсихотерапия, аутогенная тренировка и др.) при лечении многих заболеваний: прежде всего неврозов, неврозоподобных состояний, нервно-психических расстройств детского возраста, дерматологических заболеваний и др. Гипносуггестивную терапию мы широко применяли при лечении психических заболеваний. Противопоказаниями в этих случаях были острые психические нарушения с выявленным бредом гипнотического воздействия. Наш опыт применения различных психотерапевтических методик при лечении неврозов, других неврозоподобных состояний, в том числе депрессивных расстройств различной этиологии, показывает что в одних случаях психотерапия играет вспомогательную, а в других — главенствующую роль в излечении заболевания.

Как указывалось выше, для успеха гипносуггестивной терапии огромное значение имеют техника гипнотизирования, личностные качества врача, его поведение.

По мнению Brenmann и Gill (1947), для более эффективного воздействия на больного психотерапевт должен выработать определенную форму поведения. Они описывают разные формы поведения врача.

Первая форма поведения: неоспоримый авторитет врача; гипнотизер своим поведением показывает, что он не сомневается в успехе проводимого лечения.

Вторая форма поведения: интеллектуальный подход; врач старается подробно объяснить больному все, что он делает.

Третья форма поведения: эмоциональный подход; врач вызывает потребность у пациента в хорошем самочувствии и безопасности.

И, наконец, **четвертая форма поведения** — это пассивный подход; гипнотизер утверждает, что без помощи пациента он сам ничего не может сделать, создает иллюзию, что пациент все делает сам.

Мы твердо знаем, что каждый практический врач использует все четыре вышеописанные формы поведения, но одна из них превалирует. Нам больше всего импонирует интеллектуальный подход — он является в нашей практике доминирующим.

В заключение подчеркнем, что любые формы поведения врача хороши, если они оказывают положительное влияние на больного человека.

По нашему мнению, большое значение для успеха гипносуггестивной терапии имеет первая, подготовительная беседа врача с больным. От нее зависят и правильная постановка диагноза, и налаживание положительного контакта врача с больным, правильный подбор медикаментозного лечения и, конечно, осознание пациентом сущности заболевания, механизмов выхода из болезненного состояния. Подробнее будет сказано при изложении нашего собственного метода гипносуггестивной терапии, названного нами гипноанализом.

После получения согласия больного на проведение гипносуггестивной терапии врач должен определить степень внушаемости больного.

Существует множество тестов определения степени внушаемости, мы остановимся лишь на некоторых, описанных Л. Черток (1972).

Первый тест — «прием Констамма». Пациента просят стать боком к стене, тыльной стороной сжатого кулака опереться изом всех сил о стену. Глаза должны быть закрыты; в течение минуты врач дает пациенту следующие приказания: «обопричьсь очень сильно Вашей рукой, сжатой в кулак, о стену, напрягая мышцы Вашего плеча, всей Вашей руки». После этого врач просит больного отойти от стены и свободно опустить руку. Очень часто рука, которая упиралась о стену, напрягалась, сама начинала колебаться в сторону стены, иногда описывая угол в 90°. Пациенту объясняют, что испытанную им релаксацию руки и ощущение подчинения внешним силам больной должен снова испытать во время гипнотического воздействия. Врач полчает возможность судить о характере внушаемости больного по амплитуде колебания руки больного. Чем амплитуда больше тем выше внушаемость больного.

Второй тест — «тест качания». Пациент стоит прямо, сдвинув ноги, зафиксировав взгляд в какой-либо одной точке на потолке, прямо над его головой. Врач, стоящий сзади, просит пациента закрыть глаза, не меняя положения. Затем врач дает больному указание: «Я хочу оценить Вашу способность к расслаблению. Я положу сейчас свои руки на Ваши плечи». Врач, сделав то, о чем он говорил, добавляет: «Теперь я обопрюсь руками на Ваши плечи и Вы почувствуете силу, которая тянет Вас ко мне, назад. Вы падаете! Не сопротивляйтесь! Я удержу Вас, когда Вы будете падать. Вы падаете! Вы падаете! Вы падаете! Вас тянет назад..., Вы падаете! Вы падаете!»; в этот момент пациент начинает качаться под руками врача. Если пациент этого не делает, врач повторяет тест до тех пор, пока не добьется желаемого результата. Конечно, врач должен быть в состоянии удержать больного при падении.

Третий тест — «тест сжатых рук», является предпочтительным если речь идет о выявлении внушаемости у группы пациентов. Врач просит пациентов сильно сжать пальцы рук в замок. Врач показывает, как это надо делать (врач сжимает кисти рук в замок), предлагает больным закрыть глаза и внушает: «Я буду считать от одного до пяти. В то время, когда я буду считать, Ваши руки будут сжиматься все сильнее и сильнее. Когда я досчитаю до пяти, Ваши руки будут сжаты так, что их будет трудно или даже невозможно разъединить. Я начинаю считать: «Один! Сжимайте руки сильнее. Два! Продолжайте сжимать руки очень сильнее. Еще сильнее, очень сильнее. Три! Ваши руки сжимаются очень сильнее. Четыре! Ваши руки скованы так, что если Вы попытаетесь их разъединить, Вы этого сделать не сможете». Врач просит больных попытаться разъединить «замок». Часть больных очень легко разъединяют замок, а часть (до 10% большой аудитории) этого сделать не могут. Те, кто не мог разъединить замок, являются медиумами.

Четвертый тест — «проба с тремя пробирками». Три пробирки находятся в штативе. Во всех трех пробирках находится вода. Врач разъясняет пациенту, что в одной пробирке находится вода, в другой — вода с бензином, в третьей — вода с духами. Врач, поднося пробирки к носу пациента, просит назвать, в какой их них

находятся перечисленные вещества. По результатам ответов врач делает заключение о степени внушаемости больного.

И наконец, **пятый тест**, используемый нами, описан ниже, в разделе подготовки больного к сеансу гипносуггестивной терапии.

Для успешного проведения сеанса гипнотерапии больной должен выбрать одну из удобных для него поз: сидя, лежа или стоя. Предпочтительной и наиболее, на наш взгляд удобной позой для большинства больных является поза лежа в постели. В какой бы позе ни находился больной, нужно помнить лишь об одном: он должен чувствовать себя крайне удобно, его не должны стеснять одежда, обувь. Гипноз следует проводить в специально оборудованном для этих целей помещении, называемом гипнотарием.

После того как больной принимает удобную для него позу, врач начинает погружение больного в гипнотическое состояние. Мы остановимся на самых распространенных в мировой практике методах гипнотизации.

Первый метод. Метод фиксации взгляда на предмете (карандаш, ключ, монета, любой подвешенный к потолку яркий предмет). При погружении больного в гипнотическое состояние мы пользуемся методом фиксации его взгляда на блестящем предмете, который мы называем визофиксатором. Это обычная металлическая или эбонитовая палочка длиной около 15-20 см, с навинченным на конце металлическим никелированным шариком. Врач держит визофиксатор в руке на расстоянии, удобном для больного (не менее 30 см от глаз больного). Причем желательно, чтобы визофиксатор находился прямо перед глазами больного, чуть выше его надбровных дуг. При проведении групповой гипносуггестивной терапии, визофиксатор устанавливается на более далеком расстоянии (1,5-2 метра).

Второй метод — метод простого словесного внушения. К нему прибегают только в том случае, если по какой-то причине больной не может длительное время фиксировать свой взгляд на блестящем предмете. В таком случае врач предлагает больному закрыть глаза и начинает проводить внушения, нацеленные на погружение в лечебный сон.

Третий метод — метод гипнотизирования посредством очарования или посредством взгляда. Это один из старейших методов, когда бытовало мнение о том, что гипнотизировать могут только те, у кого черные глаза. Врач, возвышаясь над больным, берет его за плечи и, слегка встряхивая больного, предлагает ему смотреть в глаза (на расстоянии 30 см); в это время внушения направлены на смыкание век больного. В литературе имеются указания на то, что, пользуясь этим методом, гипнотизеры иногда оказывались сами загипнотизированными.

Четвертый метод — метод погружения в гипнотическое состояние посредством метронома. Врач фиксирует внимание больного на звуке метронома и внушает в такт последнему медленное погружение в лечебный сон.

Пятый метод — метод так называемых пассов Месмера. Врач укладывает пациента в постель, проводя параллельно телу больного, пассы от плечей до стоп почти не прикасаясь к нему. Параллельно с пассажами, каких-либо внушений, нацеленных на погружение в сон, врач не проводит.

Шестой метод — метод А.Г. Иванова-Смоленского, который использовал технику гипноза при помощи световой и тепловой стимуляции. Для этого автор подвешивал над больным мощную лампу, которая наподобие маятника качается вдоль тела больного.

После погружения больного в гипнотическое состояние врач может проверить, загипнотизирован ли больной. Опытному врачу проверять, находится ли больной или не находится в состоянии гипноза, нет никакой необходимости. По мнению большинства специалистов, глубина транса на эффективность лечения не влияет. Многие известные психотерапевты считают, что если больной только закрывает глаза, эффект лечебного воздействия уже может быть обеспечен. Эффективность лечения, по нашему мнению, зависит не от глубины гипноза, а от характера и содержания внушения.

Для тех кто начинает врачебную деятельность, приводим некоторые приемы проверки глубины лечебного сна.

Первая проба — это вызывание тяжести руки. Врач сосредоточивает внимание больного на какой-либо из его рук и начинает следующее внушение: «Вы спите и чувствуете, как под влиянием моего внушения начинает тяжелеть Ваша правая (левая) рука. Тяжесть в Вашей правой (левой) руке возрастает. Ваша правая (левая) рука наливается, словно свинцовой тяжестью, становясь невероятно тяжелой. На Вашу правую (левую) руку давит огромная тяжесть. Вы не можете поднять Вашу руку; она словно приковалась к постели (к креслу). Вы сейчас будете пытаться поднять вверх вашу правую (левую) руку, но Вы этого сделать не сможете. Вы пытаетесь оторвать Вашу правую (левую) руку от постели, но Вы этого не сможете сделать. Пытайтесь поднять Вашу руку!»

Если больной не сможет поднять правую (левую) руку вверх, значит он загипнотизирован.

Вторая проба — проба каталепсии век. После того как врач погрузил больного в гипнотическое состояние, он начинает внушать: «Вы спите приятным лечебным сном, глаза Ваши плотно закрыты. Вы чувствуете, как под влиянием моего внушения Ваши веки начинают тяжелеть, тяжесть в веках продолжает усиливаться; веки слиплись; они стали невероятно тяжелыми; словно свинцовой тяжестью налились Ваши веки. Вы сейчас будете пытаться открыть глаза, но Вы этого сделать не сможете. Пытайтесь открыть глаза! Вы пытаетесь открыть глаза, но сделать этого не можете». Больной в это время тужится, морщит лоб и старается силой открыть глаза, но не может. Врач продолжает далее внушать: «А сейчас Ваши веки становятся необыкновенно легкими; Вы перестаете их чувствовать; глаза Ваши открылись!». Больной легко открывает глаза.

Врач продолжает внушения в приказном порядке: «А сейчас Ваши глаза вновь закрылись, веки стали тяжелыми. Открыть Вы их не сможете. Старайтесь их открыть, но сделать этого Вы не сможете. Постарайтесь их открыть!». Больной вновь пытается открыть глаза и не может. Врач несколько раз приказывает то закрыть глаза, то их открыть, делая вывод о том, что больной находится в состоянии лечебного сна.

Третья проба — называется пробой на вызывание ригидности в руке и во всем теле. Для этого врач, погрузив больного в гипнотическое состояние, подходит к больному и поднимает его руку вверх, стараясь при этом как бы зафиксировать ее во взвешенном состоянии. Если больной сохраняет свою руку в приподнятом состоянии, то врач заключает, что ему удалось достичь восковой гибкости, которая выявляется только в состоянии гипноза. Далее врач внушает: «Ваша правая (левая) рука висит в воздухе. Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений Ваша правая (левая) рука начинает выпрямляться в суставах. Начинает выпрямляться Ваш локтевой сустав (в это время врач пассом, как бы ускоряет выпрямление руки в локтевом суставе)». И далее врач продолжает: «Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений мышцы Вашей правой (левой) руки напрягаются (пассы вдоль всей правой (левой) руки); вся рука натягивается как струна. Рука Ваша вся полностью напряглась, вытянулась, как струна. Согнуть в суставах ее невозможно. Она вся напоминает доску. Я буду пытаться ее согнуть в суставах, но я сделать этого не смогу». Врач пытается в это время согнуть руку больного в суставах, но это ему не удается. Вызванная ригидность руки свидетельствует о том, что больной загипнотизирован.

Далее при желании врач может перейти от внушений, направленных на вызывание ригидности в одной руке, к вызыванию ригидности в руках, ногах и даже во всем теле. Далее, после вызывания ригидности всего тела, врач с помощью ассистентов может положить больного на спинки двух стульев таким образом, чтобы шея лежала на одном стуле, а ноги на другом. Тело будет сохранять полное оцепенение, мышцы останутся напряженными. На такое ригидное тело можно поставить человека, и тело не прогнется. Вызвать такую каталепсию возможно у здорового человека только во время гипнотического сна. Затем врач со своими помощниками снимает больного со спинки стульев, укладывает в постель и внушениями устраняет напряжение мышц во всем теле.

Четвертая проба — это проба, направленная на вызывание амнезии. Здесь требуется более глубокий транс. Во время глубокого сна врач внушает больному: «Вы сейчас откроете глаза, перед собой увидите книгу и прочитаете ее название. Откройте глаза! (больной открывает глаза) и посмотрите внимательно, что Вы видите?» (В это время врач подносит книгу к глазам больного и просит прочитать название книги.) Когда больной читает название книги, врач подтверждает:

«Правильно» и продолжает: «Вы сейчас видели книгу и прочитали ее название, (врач повторяет название книги). Когда Вы проснетесь, Вы будете помнить о том, что во время гипноза Вам предложили открыть глаза, прочитать название книги, но самого названия книги Вы вспомнить не сможете».

Далее после продолжения внушения с лечебной целью по окончании сеанса врач спрашивает у больного, что он помнит из того, что врач говорил, и что он делал на протяжении всего сеанса. Когда больной самостоятельно рассказывает о содержании лечебного внушения и не вспоминает о том, какое задание во время сеанса ему давал врач, последний начинает задавать наводящие вопросы: «Просил ли я Вас открыть глаза? Показывал ли я Вам что-либо во время сеанса?».

Если больной вспоминает, что во время сеанса он по приказанию врача открывал глаза, видел книгу, врач просит назвать книгу. Как правило, больные не могут назвать книгу. В большинстве своем они полностью амнезируют все то, что врачом предлагалось делать во время сеанса.

Пятая проба — постгипнотического внушения. Здесь, как и в предыдущей пробе, возможность ее проверки появляется только после пробуждения больного от лечебного сна.

Врач, пробуждая больного, внушает: «Вы проснетесь, будете чувствовать себя прекрасно, но Вы не сможете встать с постели (подняться с кресла), прежде чем Вы попросите врача разрешить это сделать».

Врач, имеющий большой опыт работы, редко использует перечисленные пробы в своей практической деятельности одновременно. В крайнем случае, мы прибегали к использованию какой-либо одной пробы из перечисленных выше.

Погружая больных в гипнотическое состояние, врач должен помнить, что гипнотическое состояние неоднородно, оно характеризуется фазовостью, то есть имеет ряд переходных стадий, сменяющих одна другую.

Имеются различные классификации стадий гипноза. Шарко (1885-1890); А. Форель (1889); И.П. Павлов (1911) и В.М. Бехтерев (1911) предлагали делить гипноз на три стадии. И. Бернгейм (1894) делит гипноз на четыре стадии, А.Л. Льебо (1891) — на шесть. Были попытки делить гипноз на девять и даже двенадцать стадий.

Наиболее удобным с нашей точки зрения оказалось предложенное И.П. Павловым деление гипноза на три стадии: уравнительную, парадоксальную, ультрапарадоксальную. Они были охарактеризованы выше. В.М. Бехтерев выделял легкую, среднюю и глубокую стадии гипноза.

Известна также классификация А. Фореля, который предлагал делить гипноз на: сонливость, гипотоксию, сомнамбулизм.

Как мы видим, эти авторы выделили три стадии гипноза. Данное А. Форелем клиническое описание этих стадий является, с нашей точки зрения, наиболее подходящим в отношении их феноменологии. Причем описания стадий у Фореля, Бехтерева и Павлова имеют много общего.

Итак, для стадии сонливости (по Форелю), легкой стадии (по Бехтереву) и уравнительной стадии (по И.П. Павлову) характерны легкая мышечная слабость и небольшая дремота. Гипнотизируемый в это время по собственной воле может открыть глаза, встать и прервать сеанс. Для стадии гипотоксии, (средней или парадоксальной) характерна полная мышечная слабость. Больной не может самостоятельно открыть глаза. В этой стадии можно вызвать внушенную каталепсию.

И наконец, для стадии сомнамбулизма (глубокой или ультрапарадоксальной) характерны явления сомнамбулизма. Загипнотизированный не воспринимает или почти не воспринимает никаких посторонних раздражителей, но продолжает поддерживать контакт через зону рапорта только с загипнотизировавшим его врачом. На этой стадии больному можно внушить галлюцинаторные переживания, изменить характер его реакций на первосигнальные раздражители, заставить ходить, отвечать на вопросы, выполнять те или иные действия, соответственно внушенной ситуации; скакать на лошади, грести, ловить бабочек, собирать цветы, отмахиваться от пчел или прогонять напавших собак и т.д. Можно также внушать взрослым людям детский возраст, полную потерю чувствительности в различных областях тела и т.д.

8.1. Общая схема поэтапной психотерапии неврозов.

На протяжении нескольких десятилетий нашей практической деятельности мы создали общую схему психотерапии неврозов и неврозоподобных состояний на базе опыта разных поколений замечательных исследователей. Трудности, которые нам пришлось преодолевать, прежде всего были обусловлены отсутствием содержательной части внушений: в обширной литературе на эту тему конкретных рекомендаций и по технике того или иного метода психотерапии, и по содержанию внушений при тех или иных заболеваниях мы не нашли. Единственный, отработанный метод психотерапии был метод психоанализа. З. Фрейд в своих многочисленных работах дал конкретные методологические рекомендации по технике психоанализа, выявил и описал механизмы неврозов и неврозоподобных состояний, указал пути преодоления всех болезненных симптомов и определил конкретные механизмы выздоровления. Но, к сожалению, по известным причинам мы не могли воспользоваться психоанализом. С самого начала нашей практической деятельности мы шли трудным, но своим путем.

Прежде всего, мы изучили всю доступную нам мировую медицинскую литературу и обнаружили многочисленные рекомендации по эффективному применению гипносуггестивной терапии при различных заболеваниях (Ж. Шарко, И. Дежерин, Р. Дюбуа, З. Фрейд, П. Жане, К.И. Платонов, В.Е. Рожнов, В.М. Бехтерев, С.П. Боткин, С.П. Буль, К.М. Быков, И.П. Павлов, и др.). Однако, к великому сожалению, почти никто из авторов не приводит конкретного содержания словесной формы воздействия при тех или иных заболеваниях.

Тем не менее положительной подсказкой врачам в его поисках эффективных форм внушения при лечении больного, является рекомендация В.Н. Мясищева (1960) и многих его учеников и последователей проводить внушения, нацеленные на перестройку отношения больного к отдельным болезненным симптомам и к болезни в целом. Хотя и она до конца не вскрывает механизма глубокого и эффективного воздействия на больного.

Многочисленные модели гипносуггестивной терапии мы начали создавать почти 50 лет тому назад. Эталонном законченности для нас была модель созданного З. Фрейдом метода психоанализа. Однако его чисто психологическая концепция раскрытия механизмов неврозов на основе мифа об «эдиповом комплексе», разграничения психики на сознательную и бессознательную, выявления ущемленных комплексов, приводящих к процессу «отреагирования», а через него к выздоровлению, показалась несколько односторонней, что заставило нас задуматься над иными механизмами возникновения неврозов. Все функциональные заболевания центральной нервной системы (неврозы и неврозоподобные расстройства) мы начали рассматривать с позиций физиологического объективного подхода И.П. Павлова к изучению высшей нервной деятельности.

Как все это начиналось? Однажды на заре практической деятельности к нам обратился юный пациент с просьбой помочь ему избавиться от ночного энуреза. Это был наш первый пациент с подобным заболеванием. В литературе нам удалось обнаружить слова о том, что «очень эффективной при ночном энурезе является гипносуггестивная терапия», однако содержания внушений, конкретного способа воздействия предложено не было. Мы начали лечение с внушений, нацеленных на общее успокоение больного и уверенность в том, что именно оно поможет ему избавиться от недуга. Было проведено множество сеансов, но положительного результата не было достигнуто.

В процессе изучения литературы параллельно с лечением нам удалось выяснить, что нарушение функции мочеиспускания у детей и подростков в большинстве своем носит функциональный характер; в раннем детстве мочеиспускание является чисто рефлекторным актом. Центры мочеиспускания, расположенные в головном и спинном мозге, включаются в работу по мере роста ребенка и регулируют рефлекторную деятельность мочевого пузыря. Автоматическое раздражение наполненного мочевого пузыря, достигая коркового центра, у некоторых детей иногда не вызывает пробуждения и волевого сознательного акта мочеиспускания. Понять патофизиологические механизмы ночного энуреза нам помогло учение И.П. Павлова о

высшей нервной деятельности: о взаимодействиях между основными нервными процессами центральной нервной системы: тормозным и возбуждающим, об индукционных отношениях между ними, о фазовых состояниях, о сторожевых пунктах в коре мозга (см. главу 2). Мы пришли к заключению о том, что в результате срыва деятельности центральной нервной системы происходит разрегулирование основных нервных процессов, в результате чего оба нервных процесса ослабевают, становятся менее подвижными, инертными. Особенно это относится к тормозному процессу. Ночной сон углубляется и «сторожевые пункты», контролирующие мочеотделение во время ночного сна, затормаживаются, «сторожевые пункты» перестают контролировать акт мочеиспускания, вследствие чего наступает самопроизвольное, неконтролируемое мочеиспускание.

Анализируя вышеизложенные теоретические воззрения И.П. Павлова на природу ночного энуреза, мы решили, что для успешного проведения лечения необходимо, прежде всего, подробно сообщить больному все полученные нами сведения и разъяснить ему, что причиной болезни является стресс, который нарушил деятельность центральной нервной системы (см. выше), и в результате «центры», регулирующие энурез в ночное время, затормозились слишком глубоким ночным сном. (Идея глубокого ночного сна была для нас как бы «легендой», так как мы нашли подтверждение ее в работах И.П. Павлова.) Далее мы рассказали, какова роль внушения в преодолении болезненного процесса: под влиянием внушений наступит равновесие между тормозным и возбуждающими процессами и будут восстановлены их сила и подвижность, это в свою очередь приведет к уменьшению глубины ночного сна и растормаживанию «сторожевых» центров, регулирующих мочеиспускание в ночное время, и ночной энурез исчезнет.

По новой, созданной нами модели, мы продолжили сеансы гипносуггестивной терапии у нашего пациента. Это оказалось высокоэффективным. Уже через три сеанса ночной энурез прекратился полностью. В последующем, ночной энурез у многих больных исчезал уже после первого сеанса, что подтверждалось катанестически.

Необходимость столь подробного описания общей схемы модели продиктована тем, что именно первая и очень эффективная схема легла в основу построения всех созданных нами моделей психотерапевтического воздействия на больного при различных заболеваниях и создания гипноанализа.

Но прежде чем излагать модель гипносуггестивной терапии ночного энуреза, мы позволим себе остановиться на установленных нами общих принципах психотерапии и гипносуггестивной терапии в частности.

Общими принципами психотерапии, в том числе и гипносуггестивной терапии, являются:

- поэтапность;
- фундаментальность (патофизиологическая содержательность);
- легендность;
- настойчивость.

Этапы гипносуггестивной терапии

Разработанная нами общая схема гипносуггестивной терапии носит сугубо концептуальный характер. В ней учтены этапы психотерапевтического воздействия, особенности техники гипносуггестивной терапии, раскрыты взаимоотношения врача и больного, и наконец, изложено основное содержание общих принципов внушения, направленных на лечение различных пограничных (невротических) болезненных состояний. Наши внушения в основном направлены на эмоциональную и интеллектуальную сферы человека.

Схема приведена в нижеследующей таблице:

Таблица 2. Этапы суггестивной терапии

Этапы	Наименование
I	Предварительный, или подготовительный
II	Погружения в гипнотическое состояние
III	Общего успокоения

IV	Уравновешивания центральной нервной системы
V	Изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям
VI	Изменения отношения больного к болезни в целом
VII	Повышения интереса больного к обыденным сторонам жизни
VIII	Повышения уверенности в себе и выздоровлений
IX	Повышения роли самовнушения и саморегуляций в выздоровлении
X	Заключительный (обобщающий)
XI	Сна или вывода больного из гипноза

I этап — предварительный, или подготовительный

В приведенной выше таблице **этап I** мы назвали предварительным или подготовительным. Этому этапу мы придаем огромное, едва ли не самое важное, значение. По нашему твердому убеждению, он определяет успех всей последующей психотерапии. На этом этапе закладывается ее фундамент, происходит знакомство врача с больным. По нашему мнению, психотерапевтическое воздействие начинается уже с первой беседы врача с больным. Знакомясь с больным, врач должен помнить о том, что от его поведения, подхода к больному, его такта, умения встречать и говорить с больным и т.д. зависит успех всей последующей терапии.

Когда больной заходит в кабинет к врачу, последний должен отложить все свои дела, ласково и тепло посмотреть больному в глаза и вежливо пригласить его сесть в удобное кресло. Знакомство необходимо начинать с уточнения фамилии, имени, отчества и возраста больного. Затем врач должен обязательно представиться больному и назвать свою фамилию, имя, отчество. Желательно, сообщить о себе, но не в хвастливой форме, некоторые данные, свидетельствующие о том, что врач не новичок в своей профессии и успешно лечит неврозы, и в частности, заболевание, которым страдает больной.

Расспрашивая больного о целях его посещения врача, следует отказаться от вопросов-стандартов типа: «на что Вы жалуетесь?». Мы рекомендуем начинать беседу с больным с нестандартного вопроса типа: «Что Вас привело к нам? или какова цель Вашего посещения?» и т.д.

В разговоре о жалобах больного необходимо задавать вопросы не формально, а так, чтобы они уточняли содержание жалоб. Углубленное изучение жалоб больного, истории его болезни, с одной стороны, помогает врачу полнее диагностировать заболевание, а с другой способствует повышению авторитета врача. У больного начинает складываться более доверительное отношение к врачу, понимание того, что перед ним не формалист, а врач-гуманист с огромным практическим опытом, который может помочь.

Во время сбора анамнеза врач старается акцентировать внимание больного на характере и содержании психотравмирующих переживаний, которые способствовали развитию болезненного процесса. Врач детально выясняет особенности клинической картины заболевания, его динамику, патофизиологические особенности, для правильной постановки диагноза заболевания.

После того как диагноз поставлен, врач в доступной для больного форме рассказывает о заболевании, причинах, вызвавших нервный срыв, патофизиологических особенностях болезненного процесса. Врач может подробно рассказать больному о некоторых анатомических и физиологических особенностях мозга. Далее он разъясняет больному, что в результате переживаний произошло перенапряжение основных нервных процессов, то есть наступил нервный срыв, в результате которого изменилось взаимоотношение между процессами возбуждения, и торможения снизилась их сила, замедлилась подвижность, нарушился контроль со стороны центральной нервной системы над внутренними органами, снизился порог адаптации организма к условиям внешней среды.

Для того чтобы врач все это мог объяснить больному, он должен знать не только основные положения учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности (см. гл. 3),

но и патогенетические особенности, выявленные И.П. Павловым и его учениками, в клинике неврозов (см. описание принципа основательности).

Далее врач говорит больному о том, что стресс приводит к разрегулированности основных нервных процессов, образованию отдельных симптомов. Врач должен с позиций учения И.П. Павлова разработать каждый симптом отдельно, разъяснить больному, что разрегулированность основных нервных процессов носит функциональный, временный, характер и не чревата тяжелыми последствиями и что задачу свою он видит в том, чтобы посредством медикаментозного и психотерапевтического лечения (то есть лечение внушением в состоянии гипнотического сна) как можно в более короткий срок привести в состояние равновесия основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, нормализовать их силу и подвижность, то есть устранить патодинамическую структуру и, таким образом, освободить больного от его болезненного состояния.

Как мы уже писали выше (см. в соответствующей главе), мы назначаем больным минимально три препарата (антидепрессант; транквилизатор и ноотроп). Выбор конкретного препарата и дозировка зависят от глубины эмоциональных расстройств, наличия обсессивно-фобических и вегетативных расстройств, то есть медикаментозная терапия должна соответствовать степени и характеру невротического состояния. Врач должен сообщить больному, как и в каких дозировках будет действовать тот или иной препарат на отдельные болезненные симптомы и на болезнь в целом. Врач записывает назначенные лекарства в лечебную схему (описана выше), которую больной должен приносить с собой на приемы к врачу для постоянного контроля за процессом медикаментозного лечения. При наличии показаний врач предлагает больному наряду с медикаментозным лечением курс гипносуггестивной терапии и, в случае согласия, сообщает ему дату начала психотерапии.

Как правило, мы не рекомендуем проводить первый сеанс гипносуггестивной терапии в день первого знакомства с больным, если больной настаивает на этом, ему необходимо объяснить, что для начала лечения врач должен подготовиться, то есть более глубоко проанализировать болезненное состояние и подобрать форму эффективного словесного воздействия. Этот прием, с нашей точки зрения, способствует повышению авторитета врача, усилению внушаемости больного и более эффективному лечению.

II этап — этап погружения в гипнотическое состояние

Перед началом погружения больного в гипнотическое состояние врач выясняет у больного, что ему известно о гипнозе (как правило, знания скудные), и в доступной форме рассказывает о том, что термин «гипноз» был введен в медицинскую практику в 1843 г. английским хирургом Д. Брэдом, который использовал гипноз в качестве обезболивания для проведения амбулаторных хирургических операций. Его идею о сонной природе гипноза поддерживали многие ученые во всем мире. Однако гипноз является искусственно вызванным, частичным сном, благодаря которому врач остается посредством сторожевого пункта связанным с загипнотизированным человеком и может влиять на него с лечебной целью. Эта беседа должна подготовить больного к сеансу и успокоить его (поскольку многие больные, придя на первый сеанс, волнуются).

После предварительной подготовки больного к гипнозу врач усаживает его в кресло, в удобную для него позу, или укладывает в постель и продолжает говорить: «Для того чтобы Вы сейчас как можно **быстрее** (именно «быстрее») погрузились в гипнотическое состояние, Вы должны выполнить три мои условия:

Первое условие: «Вы должны сейчас меня слушать с предельным вниманием, не отвлекаться, ни о чем постороннем не думать. Что это значит «слушать врача с предельным вниманием?» Представьте себе, что Вы случайно пришли на очень интересную лекцию по Вашей специальности. У Вас с собой нет ни бумаги, ни ручки, но Вы хотите запомнить все до мельчайших подробностей, что говорит лектор. Вы стараетесь так напрячь свое внимание, чтобы как можно больше удержать в своей памяти из того, что говорит лектор, с тем чтобы завтра своим коллегам по работе пересказать содержание лекции как можно подробнее. С таким вниманием, как Вы слушали бы этого лектора, сейчас Вы будете прислушиваться ко всему тому, что я буду говорить в течение всего сеанса».

Формулировка первого условия может меняться в зависимости от вкусов больного. Так, меломану можно предложить слушать Вас так, как он бы слушал музыкальное произведение его любимого композитора. Фанату футбола — отнестись со вниманием, с каким бы он следил за игрой его любимых форвардов, а рыбак — за клевом рыбы и т.д. Многообразие версий зависит от фантазии врача и потребности больного.

Когда больной сообщает, что ему понятно, что такое слушать с предельным вниманием, врач продолжает.

Второе условие, необходимое для более быстрого погружения в сон. «Слушая меня внимательно, старайтесь, как можно больше вчувствоваться во все то, что я буду Вам говорить на протяжении всего сеанса. Что такое «вчувствоваться», я сейчас Вам покажу на примере».

Врач усаживает больного в кресло или укладывает больного в постель таким образом, чтобы больному было удобно: руки лежат на подлокотниках, бедрах, либо вдоль тела, ладонями вниз.

Затем врач, предупредив больного о том, что это еще не гипноз, предлагает ему закрыть глаза и внушает: «Вы сидите в кресле (лежите в постели) в удобной для Вас позе, глаза Ваши закрыты, все Ваше внимание сосредоточено на моем голосе. Вы стараетесь, как можно глубже вчувствоваться во все то, о чем я Вам буду говорить. Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений, начинают расслабляться мышцы Вашего правого (левого) плеча (в это время врач, слегка прикасаясь к телу больного, проводит пассы от правого (левого) плеча к правому (левому) локтевому суставу). И далее врач продолжает внушение: «Мышцы Вашего правого (левого) плеча продолжают расслабляться (пассы вдоль правого (левого) плеча). Мышцы Вашего правого (левого) плеча расслабились полностью (пассы вдоль правого (левого) плеча). Вслед за мышцами Вашего правого (левого) плеча начинают расслабляться мышцы Вашего правого (левого) предплечья (врач проводит пассы вдоль правого (левого) предплечья). Мышцы Вашего правого (левого) предплечья продолжают расслабляться (пассы вдоль правого (левого) предплечья); мышцы Вашего правого (левого) плеча и предплечья расслабились полностью (пассы вдоль правого плеча и правого предплечья). И далее вслед за мышцами правого (левого) плеча и правого (левого) предплечья начинают расслабляться мышцы Вашей правой (левой) кисти и пальцев правой (левой) руки (пассы вдоль кисти и пальцев правой (левой) руки). Мышцы всей Вашей правой (левой) руки расслабились полностью (пассы вдоль всей правой (левой) руки); Ваша правая (левая), рука лежит вдоль туловища как плеть, полностью расслабленной (пассы вдоль всей руки)». Врач повторяет последнюю фразу о полном расслаблении мышц правой (левой) руки, сопровождая ее пассами. Повторяя третий раз последнюю фразу и продолжая проводить пассы вдоль правой (левой) руки, врач во время произношения слов: «Ваша правая (левая) рука лежит вдоль туловища как плеть», рука врача, проводящая пассы, должна находиться на уровне правого (левого) лучезапястного сустава), и врач, захватывая нежно лучезапястный сустав больного большим пальцем и мизинцем, подбрасывает руку больного вверх и вперед (при этом свою левую руку врач подкладывает под падающую руку больного). Врач делает это, во-первых, для того, чтобы смягчить падение руки больного, а во-вторых, для того, чтобы почувствовать степень удара падающей руки больного, по силе которой врач может судить о степени внушаемости больного (чем больше сила удара, тем внушаемость выше). Описанную выше процедуру, предназначенную для быстрого погружения больного в лечебный сон, мы предлагаем использовать в качестве теста на проверку внушаемости. Мы испытывали этот тест на огромном количестве больных, и, с нашей точки зрения, он является удобным и надежным.

Удобство этого теста и его преимущества перед описанными выше тестами на внушаемость состоят в том, что он проверяется в контексте подготовки больного к сеансу гипнотерапии, не вызывая какой-либо настороженности и волнения.

После того как рука больного безжизненно упала на руку врача, и врач почувствовал силу падающей руки, он говорит больному: «Вы почувствовали, как безжизненно упала Ваша рука на мою руку?» Получив утвердительный ответ больного, врач продолжает: «По тому, как безжизненно упала Ваша рука на мою руку, можно судить о том, что Вам удалось вчувствоваться в то, что я Вам внушал. И точно так же как Вам удалось вчувствоваться в расслабление мышц Вашей правой (левой) руки, Вы будете вчувствоваться во все то, что я буду Вам внушать на протяжении всего сеанса».

«И наконец, **третье условие**, которое Вы должны выполнить, чтобы быстрее погрузиться в лечебный сон, состоит в том, что Вы будете смотреть на блестящий предмет (врач устанавливает перед глазами больного в удобном положении визофиксатор) до тех пор, пока не почувствуете легкую усталость в глазах и тяжесть в веках. Как только появятся указанные ощущения, Вы должны без всякого сопротивления, противодействия, спокойно закрыть глаза и держать их закрытыми до той поры, когда пока я не предложу их открыть, то есть до конца сеанса».

Получив утвердительный ответ больного о том, что он понял и третье условие, врач продолжает: «Таким образом, я резюмирую все выше сказанное. Для того чтобы Вы быстро погрузились в лечебный сон, Вы должны с предельным вниманием слушать меня, стараться как можно больше вчувствоваться во все то, что я буду говорить, и смотреть на блестящий предмет до появления усталости в глазах и тяжести в веках». Резюмирующую часть внушения врач говорит тихим, неторопливым голосом, что само по себе способствует усилению тормозных процессов, способствующих более легкому погружению больного в гипнотический сон.

«Итак, я приступаю к первому пробному сеансу лечебного сна» (мы чаще употребляем во внушении слово лечебный сон, вместо гипноз).

Врач укладывает больного в постель или усаживает больного в кресло, фиксирует взгляд больного на блестящем предмете и начинает погружать больного в состояние лечебного сна.

На этом заканчивается **первый предварительный этап** гипносуггестивной терапии (см. таблицу №2).

Далее мы переходим к описанию **второго этапа** гипносуггестивной терапии, этапа погружения больного в гипнотический сон, то есть нашей техники гипнотизации.

Врач начинает: «Вы сидите (лежите) в удобной для Вас позе и пристально смотрите на блестящий предмет; Ваше внимание сосредоточено только на моем голосе; Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, что я буду говорить. Вы чувствуете, как начинают уставать Ваши глаза, веки тяжелеют. Начинают расслабляться мышцы Ваших рук, мышцы рук продолжают расслабляться. И вслед за мышцами рук начинают расслабляться мышцы Ваших ног, мышцы Ваших ног продолжают расслабляться. Расслабились мышцы Ваших рук и ног. Вы продолжаете пристально смотреть на блестящий предмет, глаза устают все больше и больше, тяжесть в веках усиливается. Вслед за мышцами рук и ног начинают расслабляться Ваши мышцы туловища и головы, то есть начинают расслабляться мышцы всего Вашего тела. Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово. Глаза Ваши невероятно устали, веки налились, словно свинцовой тяжестью. Тяжесть в веках продолжает усиливаться (в это время, как правило, больной начинает мигать, слегка прикрывая глаза). Закрылись глаза!». (Императивным голосом) «Глаза закрылись!». (Если больной не закрывает глаза, врач сам закрывает глаза больного большим и указательным пальцами своей руки и удерживает веки в закрытом состоянии: в большинстве своем у больных веки сами закрываются, и врач также надавливает своими пальцами (большим и указательным) на глазные яблоки и проводит легкие пассы вдоль надбровных дуг больного, и повторяя: «Ваши глаза закрылись плотно, веки стали невероятно тяжелыми» Далее врач продолжает: «Глаза закрылись, мышцы тела полностью расслабились. Мои внушения все сильнее и сильнее действуют на Вас. Под влиянием моих внушений все сейчас начинает напоминать сон, все совершается так, как бывает только во сне. Глаза Ваши плотно закрыты, мышцы всего Вашего тела полностью расслабились, по телу разливается приятное чувство теплоты, тепло заполняет все Ваше тело. Ваше дыхание становится все более глубоким, ровным и редким, таким как бывает дыхание только во время сна. Ваше сердце бьется спокойно, ритмично, так же как бьется сердце только во сне. Ваш сон под влиянием моих внушений продолжает углубляться. Сон углубляется, но Вы отчетливо продолжаете слышать мой голос, каждое сказанное мною слово. Мой голос в настоящий момент для Вас является единственной Вашей связью с внешним миром. Вы уже перестаете слышать посторонние звуки, шумы. Вы только слышите мой голос, внимательно продолжаете прислушиваться к тому, что я Вам говорю, и все продолжаете вчувствоваться в каждое мое слово. Вы чувствуете и будете продолжать под влиянием моих внушений все в большей и большей степени чувствовать и действовать так, как я Вам говорю, и так, как Вы этого сами желаете. Мои внушения

все сильнее и сильнее действуют на Вас; Вы все больше и больше стараетесь подчиниться всему тому, что я говорю. Во всех последующих сеансах, под влиянием моих внушений лечебный сон будет наступать быстрее, становиться более глубоким, и самое главное, что мои внушения все сильнее и сильнее будут действовать на Вас. Уже через несколько сеансов Вам достаточно будет услышать мое единственное слово «спать» (произносится громко и императивно) и Вы мгновенно будете погружаться в сон. Глаза Ваши будут быстро закрываться, мышцы тела будут полностью расслаблены, дыхание станет глубоким, ровным и редким, сердце начнет биться спокойно и ровно, то есть все будет совершаться так, как бывает только во сне».

Последний прием императивного погружения больного в лечебный сон мы рекомендуем проводить только в том случае, если пациент медиум и вы хотите больше времени уделить внушениям, нацеленным на ликвидацию болезненных проявлений и болезни в целом.

И далее врач продолжает внушения, нацеленные на углубление целебного сна: «Под влиянием моих внушений сон продолжает углубляться, голова Ваша становится необыкновенно ясной и легкой, тело освобождается от каких-либо посторонних ощущений. Сон продолжает углубляться. Спать! Спать глубоко!». Первое слово «спать» врач говорит громким голосом; второе «спать» — более тихим голосом, а третье «спать» — совсем тихим (почти шепотом).

Так заканчивается период погружения больного в лечебный сон. В этот период те врачи, которые не уверены в себе или только начинают свою врачебную практику, могут применить тот или иной тест для выяснения глубины состояния гипноза, в котором находится больной.

После погружения больного в лечебный сон, врач начинает проводить внушения **третьего этапа** — этапа общего успокоения. Оно проводится следующим образом: «Вы спите приятным, лечебным сном. Все Ваше внимание, по-прежнему, сосредоточено только на моем голосе. Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я Вам говорю. Вы ощущаете, как под влиянием моих внушений Вы начинаете чувствовать себя спокойнее. Исчезают всякие волнения, раздражения. Вы продолжаете себя чувствовать все более и более спокойным и все более и более уравновешенным человеком; причем под влиянием моих внушений Ваше спокойствие продолжает нарастать и становится более выраженным и более устойчивым и Вы становитесь человеком более спокойным, более стойким, более выносливым, то есть Вы чувствуете, что Вы становитесь таким спокойным человеком, каким Вы были ранее, до болезни. На фоне нарастающего спокойствия, стойкости, выносливости, под влиянием моих внушений начинает выравниваться Ваше настроение, появляется жизнерадостность, то есть под влиянием моих внушений Вы продолжаете становиться еще более спокойным, еще более стойким и выносливым и, наконец, более жизнерадостным человеком... Вы начинаете обретать самоощущения своего прежнего здорового самочувствия; Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали себя в период Вашего полного благополучия, то есть в тот период, когда Вы были совершенно здоровым человеком. Во все последующие сеансы это здоровое самоощущение будет под влиянием моих внушений возрастать и становиться более выраженным и устойчивым. Лечебный сон, под влиянием моих внушений, продолжает углубляться; внимание Ваше по-прежнему сосредоточено на моем голосе, Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее продолжается внушение следующего **четвертого этапа** — этапа уравнивания центральной нервной системы.

Врач продолжает внушение: «На фоне возрастающего, под влиянием моих внушений, самоощущения своего прежнего здорового состояния, начинает уравниваться Ваша центральная нервная система, то есть начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный, которые мы, врачи, называем **основными** нервными процессами по праву, потому что этим двум нервным процессам принадлежит ведущая регулирующая роль. Эти два нервных процесса: тормозной и возбудительный, регулируют все функции организма; эти два нервных процесса: тормозной и возбудительный, управляют всеми системами Вашего организма, и наконец, они — эти два нервных процесса: тормозной и возбудительный, обеспечивают нормальные взаимоотношения Вашего организма с внешней средой, то

есть эти два нервных процесса: тормозной и возбуждательный обеспечивают нормальное приспособление (адаптацию) Вашего организма к условиям внешней среды. В связи с тем что при срывах центральной нервной системы, под влиянием стрессов, уровень адаптации организма человека к условиям внешней среды падает в значительной степени, очень важно внушениями способствовать повышению его уровня до прежнего здорового, что будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению.

Под влиянием моих внушений тормозной и возбуждательный процессы продолжают уравниваться, в связи с чем продолжает повышаться уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды. С каждым последующим сеансом уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды будет повышаться до уровня прежнего, здорового. И далее, чем больше и больше под влиянием моих внушений будут уравниваться основные нервные процессы: тормозной и возбуждательный, тем Ваш организм в целом будет работать все ближе и ближе к прежнему нормальному режиму во взаимосвязи всех физиологических процессов с восстановленными нервно-психическими функциями.

Под влиянием моих внушений продолжают уравниваться тормозной и возбуждательный процессы нервных клеток и начинает нормализоваться функция Вашего желудочно-кишечного тракта. Нормализуется сокоотделение желудком, поджелудочной железой, усиливается отделение желчи, улучшается аппетит. Нормализуется деятельность желудка и всего кишечного тракта. Начинает нормализоваться деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы. Артериальное давление, пульс становятся ровными, ускоряется кровообращение. В связи с ускорением кровообращения, улучшается питание всех клеток и тканей организма, улучшается питание всех органов и систем организма и, в том числе питание мозга. Улучшение питания мозга будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению. Чем больше продолжают уравниваться под влиянием моих внушений основные нервные процессы: тормозной и возбуждательный, тем быстрее начинает нормализоваться Ваша эндокринная система. Гормоны начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для поддержания нормальной жизнедеятельности Вашего организма. Под влиянием моих внушений начинают нормализоваться обменные процессы всего Вашего организма: начинает выравниваться витаминный баланс, то есть под влиянием моих внушений Ваш организм начинает работать как совершенно здоровый организм, то есть он работает так, как работал в период, когда Вы были совершенно здоровым человеком. Организм работает как единое, здоровое целое».

Далее врач продолжает внушение следующего **пятого этапа** — этапа изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям. Врач внушает: «Вы продолжаете погружаться в сон, внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе, Вы все больше и больше продолжаете вчувствоваться во все то, о чем я Вам говорю. Ваш организм продолжает работать как единое, здоровое целое. Точно так же Ваш организм будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от целебного сна, то есть Ваш организм будет продолжать работать как совершенно здоровый организм. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности Вашего организма после пробуждения от лечебного сна будет Ваше спокойствие. Оно будет сохраняться после Вашего пробуждения от целебного сна в любой обстановке; и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешне спокойной, и в обстановке напряженной, экстремальной, то есть Вы будете чувствовать себя совершенно спокойным человеком в любой ситуации. И чем спокойнее Вы будете чувствовать себя, тем спокойнее Вы будете реагировать на любые, даже чрезвычайно сильные внешние раздражители. И особенно спокойно Вы будете реагировать на те болезненные состояния, которые явились поводом Вашего обращения ко мне. Вы будете спокойно реагировать на отдельные симптомы болезни, во-первых, потому, что Вы будете становиться под влиянием моих внушений все более спокойным человеком и, во-вторых, под влиянием моих внушений будет возрастать Ваше понимание того, что все невротические симптомы являются временными болезненными расстройствами, «не чреватыми какими-либо тяжелыми последствиями».

Шестой этап — этап изменения отношения больного к болезни. Врач продолжает внушение: «Сон Ваш продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы стараетесь как можно глубже вчувствоваться во все, что я говорю. Вы чувствуете себя легко и спокойно. Спокойствие Ваше продолжает возрастать, и на фоне возрастающего спокойствия болезненные явления продолжают угасать. Их полное угасание наступит тогда, когда Вы в период бодрствования полностью перестанете вспоминать, анализировать отдельные болезненные явления и болезнь в целом. Под влиянием моих внушений Вы будете все меньше и меньше думать о своей болезни. Весь период болезни вытесняется из Вашего сознания и забывается. Даже при Вашем желании вспомнить об отдельных болезненных явлениях или о болезни в целом Вы не сможете. Все то, что имеет отношение к Вашей болезни, продолжает забываться под влиянием моих внушений. Я рекомендую Вам уже после сегодняшнего первого сеанса перестать с кем-либо говорить на тему болезни, перестать интересоваться медицинской литературой, имеющей отношение к Вашему заболеванию. Все неясные вопросы медицинского характера Вы сможете выяснить только в беседе со мной».

Седьмой этап — этап повышения интереса больного к отдельным сторонам его жизни и деятельности. Врач продолжает внушение: «Ваш сон продолжает углубляться. Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы продолжаете все глубже вчувствоваться в каждое мое слово. Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Весь период болезни вытеснился из Вашего сознания и забылся. Под влиянием моих внушений начинают пробуждаться Ваши интересы к обыденным сторонам Вашей жизни. Вы начинаете интересоваться всем тем, что было интересным для Вас в период Вашего полного здоровья. Под влиянием моих внушений пробуждаются интересы к домашним делам, семье, мужу, детям, пробуждается интерес к своей работе. Вы начинаете интересоваться художественной литературой, искусством, кино, театром, телевизионными передачами, прессой и т.д.». «Наряду со всеми перечисленными выше интересами под влиянием моих внушений у Вас будет пробуждаться интерес к соблюдению физкультурного (спортивного) режима. Спорт в жизни каждого здорового человека играет важную и полезную роль, но вдвойне полезно соблюдение спортивного режима для больных, страдающих неврозами. Я рекомендую Вам уже после сегодняшнего первого сеанса начать по утрам бег трусцой продолжительностью 30 минут и утреннюю зарядку (индивидуальную) также в течение 30 минут или выбрать что-нибудь одно. Бег трусцой — это полуспортивный медленный бег, сопровождающийся встряской всего тела. Вы должны начать бег с 5 минут, ежедневно продлевая его на 1 минуту. Если во время наращивания продолжительности бега в какой-то момент (допустим, на 16-й минуте) появится напряжение или дискомфорт, не следует наращивать продолжительность бега в ближайшее несколько дней; только тогда, когда явления дискомфорта исчезнут, можно вновь продолжить увеличивать время бега до 30 минут. Спортивный режим Вы должны соблюдать постоянно. Занимаясь спортом, Вы тем самым будете способствовать наращиванию мышечного тонуса. А чем больше будет повышаться мышечный тонус, тем выше будет становиться тонус мозговых нервных клеток. И чем больше будет повышаться тонус мозговых нервных клеток, тем быстрее угаснут болезненные невротические симптомы, мозг будет становиться более устойчивым к различным внешним, даже чрезвычайно сильным, раздражителям, и уровень адаптации Вашего организма будет повышаться, то есть систематическое упорное занятие спортом является и лечебным (быстрое угасание болезненных симптомов) и профилактическим (противодействие внешним раздражителям, повышение уровня адаптации) фактором».

Внушения врача в период седьмого этапа нацелены на активацию личности, повышение интереса больного к жизни в целом.

Далее врач продолжает внушения **восьмого этапа** — этапа повышения уверенности больного в себе и в выздоровлении: «Сон Ваш продолжает углубляться, спокойствие продолжает возрастать, Вы продолжаете внимательно слушать мой голос и вчувствуетесь все глубже и глубже в каждое мое слово. Вы начинаете чувствовать, как под влиянием моего внушения, на фоне возрастающего спокойствия, Вы становитесь уверенней в себе; исчезают какие-либо сомнения, проявления самоанализа и самокопания; уверенность в себе продолжает возрастать, и возрастающая уверенность в себе способствует укреплению уверенности в полном и окончательном Вашем выздоровлении. Чем более уверенным Вы будете в том, что Вы

полностью освободитесь от своей болезни, тем быстрее Вы станете совершенно здоровым человеком. Малейшие Ваши сомнения в выздоровлении — это шаг назад. Поэтому Вы должны отбросить малейшие сомнения в возможности полного и окончательного Вашего выздоровления. Вы должны быть и Вы будете совершенно здоровым человеком!» (последнюю фразу врач говорит повышенным жизнеутверждающим голосом).

Продолжаем описание **девятого этапа** — этапа повышения роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении. Врач продолжает внушение: «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Сон глубокий. Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете все глубже и глубже вчувствоваться в каждое мое слово. Вы чувствуете, что в состоянии бодрствования, всюду, где бы Вы ни находились, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы регулировать и самоуправлять своей нервной деятельностью, то есть Вы будете чувствовать и действовать так, как я Вам говорю, и так, как Вы этого сами желаете. Вы чувствуете, что и в состоянии бодрствования все Ваши самовнушения будут на Вас оказывать такое же сильное воздействие, какое мои внушения оказывают на Вас во время гипноза, то есть если Вы будете сами внушать себе, что Вы чувствуете себя спокойно, Вы действительно будете быстро успокаиваться. Любые Ваши самовнушения будут мгновенно реализовываться и способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению».

И далее внушения врача продолжают в следующем, заключительном, **десятом этапе**. На этом этапе внушения врача носят обобщающий характер. Врач кратко резюмирует внушения предыдущих III-IX этапов. Врач продолжает внушение: «Вы чувствуете себя легко и свободно. Вы чувствуете себя сейчас так, как будто бы Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала необыкновенно ясной и легкой, тело освободилось от каких-либо посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным. Нормализовалась деятельность Вашей центральной нервной системы, уравновесились основные нервные процессы: тормозной и возбуждающий. Все физиологические и нервно-психические функции организма нормализованы. Нормальная жизнедеятельность Вашего организма будет сохраняться и после Вашего пробуждения от целебного сна. Показателем сохраняющейся нормализованной деятельности Вашего организма в состоянии бодрствования будет Ваше спокойствие. Благодаря устойчивости Вашего спокойствия, Вы будете продолжать спокойно реагировать и на любые внешние раздражители, даже если они будут сверхсильными, экстремальными, и на отдельные болезненные, невротические симптомы. Процесс угасания этих болезненных расстройств продолжает нарастать, болезнь продолжает развиваться в обратном направлении в очень быстром темпе. Вы все реже и реже вспоминаете и думаете как об отдельных болезненных расстройствах (симптомах), так и о болезни в целом. Ваши интересы к обыденным сторонам жизни и деятельности продолжают возрастать. И одновременно продолжает возрастать и Ваш интерес к строгому соблюдению спортивного (физкультурного) режима, который, несомненно, будет способствовать Вашему быстрейшему выздоровлению и созданию большей устойчивости Вашей центральной нервной системы. Вы продолжаете чувствовать себя уверенно. Ваша уверенность в себе и выздоровлении продолжает возрастать. И наконец, Вы чувствуете, что можете, находясь в состоянии бодрствования, сами регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации. Вы начинаете испытывать все больший и больший прилив энергии, бодрости, силы, то есть Вы чувствуете себя отдохнувшим, здоровым, активным человеком».

После завершения внушений X заключительного этапа врач оставляет больного в гипнотическом состоянии, используя продленный целебный сон в качестве дополнительного средства для более эффективного лечения, или пробуждает больного из гипнотического состояния, то есть врач переходит к внушениям последнего **одиннадцатого этапа** — этапа сна или вывода больного из гипноза. Название одиннадцатого этапа свидетельствует о том, что этот этап врач заканчивает двумя способами: либо продлением сна больного, либо пробуждением его от лечебного сна. Отсюда и разные формулировки внушения в зависимости от выбранного врачом способа окончания сеанса.

Целесообразнее, с нашей точки зрения, если условия разрешают, оставить больного спящим на непродолжительное время (от 30-40 минут до 1,5-2 часов) для

закрепления успеха лечения. В таком случае врач продолжает внушение X этапа следующим образом: «Вы чувствуете себя легко и спокойно, настроение ровное. Пришли в равновесие процессы в Вашей центральной нервной системе, нормализовались все физиологические процессы Вашего организма, лечебный сон продолжает углубляться, общее самочувствие продолжает улучшаться. Ваш лечебный сон будет продолжаться, но Вы временно не будете слышать мой голос, состояние Вашего здоровья в этом лечебном сне будет улучшаться и укрепляться. Вы будете продолжать спать до тех пор, пока вновь не услышите мой голос. Спать! спать! спать!» Трижды сказанное «спать» сначала произносится более громко, затем тише и совсем тихим голосом. После этого врач оставляет больного спящим на определенное время. Иногда, оставляя больного спящим, может закончить внушение следующими словами: «Вы будете оставаться спящим в течение 1,5-2 часов, а затем самостоятельно проснетесь, самочувствие Ваше после пробуждения от лечебного сна будет оставаться хорошим: Спать! Спать! Спать!».

Мы предпочитаем первый вариант внушений, включающий пробуждение больного от лечебного сна, так как считаем, что врач должен сам пробудить больного, после этого поговорить с ним и дать рекомендации по соблюдению режима до следующей встречи с врачом.

В том случае, если врач заканчивает сеанс пробуждением больного от лечебного сна после заключительного (X) этапа на XI этапе следующими словами его будут:

«Сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух (врач может выбрать любую цифру пробуждения произвольно). Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья. Настроение будет радостным, спокойствие будет устойчивым. Вы будете испытывать необыкновенный прилив энергии, силы. Будет сохраняться уверенность в выздоровлении; Вы будете чувствовать, что Вы сможете сами управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации: Раз! Два!» Первое слово «раз» врач произносит громко, второе слово «два» — плавно и тихо. В этом случае больной пробуждается легко и чувствует себя свободно. Если «два» врач произносит громко, больной пробуждается резко, вздрагивая всем телом, в состоянии некоторой растерянности, как это бывает, когда человека будят во время ночного сна. Однако этим приемом пробуждения мы пользуемся в случае, если у больного нет полной уверенности в том, загипнотизирован он или нет. После резкого пробуждения от лечебного сна больной перестает сомневаться в том, «спит» ли он. Этот прием можно считать нашим тестом, подтверждающим нахождение больного в гипнотическом состоянии.

Если врач оставил больного после проведенного внушения спящим, то по истечении времени, отведенного для сна, врач продолжает внушение следующим образом:

«Спать! Спать! Спать! Вы вновь слышите мой голос и полностью подчиняетесь всему тому, что я говорю, вы продолжаете вчувствоваться в каждое мое слово». И дальше врач заканчивает заключительным внушением (X этап) и выводением больного из лечебного сна (XI этап).

Вышеизложенная общая схема поэтапной гипносуггестивной терапии, разработанная нами, является моделью общего психотерапевтического подхода к лечению многих болезненных состояний: она может стать для врача-психотерапевта руководством к действию. На протяжении почти пятидесяти лет мы разрабатывали указанную схему психотерапевтического воздействия на больного и использовали ее при лечении разнообразных форм неврозов (начиная от легких невротических состояний и кончая тяжелыми, затяжными формами неврозов с навязчивостями и стойкими длительно зафиксированными истерическими расстройствами); хронического алкоголизма и табакокурения; заикания, тиков, ночного энуреза, агрипнии, эзофагоспазма, ожирения и анорексии, ювенильного кровотечения; расстройств половых функций. При помощи нашей методики мы удаляли бородавки, лечили другие кожные заболевания. Нашу общую схему мы широко применяли в клинике внутренних болезней. Нашу общую схему можно использовать, не только в гипнотерапии для наркопсихотерапии, рациональной и рассудочной психотерапии. В этом смысле наша общая схема психотерапевтического воздействия на больного универсальна; она проста и вполне доступна для освоения. Она дает готовые штампы словесного воздействия на больного, как общего, так и специального плана. Мы не нашли в доступной литературе такого подробного описания словесного воздействия

на больного. Но вместе с тем мы хотим подчеркнуть, что внесение в предложенную нами схему своих индивидуальных наработок практикующих врачей будет лишь способствовать ее обогащению. Кроме того, важны и сама форма, тембр голоса врача, выразительность его речи, ее интонации и модуляция; ни в коем случае нельзя говорить быстро — речь должна быть медленной, неторопливой. Врач должен уметь держать паузу, вовремя поставить точку, знаки восклицания и вопроса.

Как мы писали, основными принципами созданной нами общей схемы психотерапевтического воздействия на больного являются: поэтапность; физиологичность; легендность; настойчивость.

Поэтапность — это принцип ее построения. Она включает всего одиннадцать этапов. Причем каждый из одиннадцати этапов имеет свои подэтапы. Все этапы и подэтапы логически связаны между собой и имеют в своей основе разумную достаточность и простоту.

Все этапы описаны в закономерной последовательности, структурированно, с соответствующим словесным содержанием (общее успокоение, выравнивание настроения, нормализация деятельности центральной нервной системы, нормализация всех физиологических и нервно-психических функций организма, угасание болезненных расстройств, вытеснение из сознания всего периода болезни, укрепление уверенности в себе и в выздоровлении и т.д.).

Предложенная нами схема психотерапевтического воздействия содержит в себе некоторую новизну. Ее психотерапевтическое воздействие нацелено одновременно и на эмоциональную, и на интеллектуальную сферы, что делает ее более эффективной и привлекательной.

8.1.1. Физиологичность.

Именно благодаря этому принципу мы построили такие формы словесного воздействия, которые оказались высокоэффективными даже при крайне тяжело курабельных формах заболевания. Суть этого принципа состоит в следующем. Больной должен понять, что с ним происходит, почему он вчера спокойно перемещался городским транспортом, держал в руках острые предметы, не боялся смерти, веревки, высоты и т.д., а сегодня становится беспомощным перед «новыми» трудностями. Вопрос «Почему?» и является тем рациональным зерном тайного, которое должно стать явным. Подобно психоанализу, для которого тайным являются вытесненные в бессознательное сексуальные комплексы, а явным является сублимация вытесненных комплексов из бессознательной сферы в сознание, в нашем методе гипносуггестивной терапии тайным для больного являются причины, вызвавшие болезненное состояние, его особенности и патофизиологические механизмы. Явное проявляется в осознании больным всего тайного, под влиянием гипносуггестивной терапии, а также механизмов и роли внушения, в преодолении отдельных болезненных симптомов и болезни в целом. Наше психотерапевтическое воздействие мы строим на базисе физиологического учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, основные положения которого изложены выше. В этой главе представлены сведения, полученные И.П. Павловым и его сотрудниками в клинике неврозов, в первую очередь патогенетические механизмы этих заболеваний.

Экспериментальное воспроизведение неврозов И.П. Павловым (1951) и его учениками М.К. Петровой (1945), А.Г. Ивановым-Смоленским (1951), К.М. Быковым (1944) и др. имеет непреходящее значение. Первые опыты, раскрывающие особенности и характер срывов нервной системы, были произведены на животных, полученные ошеломляющие результаты позволили И.П. Павлову и его ученикам перенести исследования в клинику и уже на человеке получить объективные данные особенностей высшей нервной деятельности в норме и патологии, не только прояснившие сами процессы но и позволившие человеку управлять ими.

Как было установлено И.П. Павловым, невротическое состояние возникает при воздействии на человека стрессовых ситуаций в результате:

- перенапряжения раздражительного процесса;
- перенапряжения тормозного процесса;
- перенапряжения подвижности нервных реакций, или «сшибки» этих двух процессов.

По мнению И.П. Павлова, перенапряжение раздражительного процесса вызывается чрезмерно сильными внешними агентами. Если же отрицательные условные раздражители действуют продолжительное время, наступает перенапряжение тормозного процесса. Если часто сменять тормозные состояния на раздражительные (или наоборот) без какого-либо перерыва и отдыха, выявляется нарушение подвижности нервных процессов.

Легче всего дают срывы, по мнению И.П. Павлова, слабые или временно ослабленные клетки. При этом нервный срыв развивается не сразу после перенапряжения нервных процессов, а через непродолжительное время (от одного до двух дней). По нашим данным, невротические расстройства проявлялись как параллельно с действием психотравмы, так и через некоторый промежуток времени после начала действия психотравмы, и латентный период зависел, в основном, от характерологических особенностей личности и характера внешнего агента.

В норме все процессы, протекающие в коре головного мозга, находятся в определенном равновесии, при патологии это равновесие нарушается. «Норма нервной деятельности, — отмечал И.П. Павлов, — есть равновесие всех описанных процессов, участвующих в этой деятельности. Нарушение этого равновесия есть патологическое состояние, болезнь, причем часто в самой так называемой норме; следовательно, точнее говоря, в относительной норме имеется уже известное неравенство. Отсюда вероятность нервного заболевания отчетливо связывается с типом нервной системы».

В определении типов нервной системы И.П. Павлов указывал на следующие три показателя, определяющие взаимоотношения возбуждательного и тормозного процессов: сила раздражения и торможения и равновесие между ними. При патологиях нарушаются все эти показатели — сила, подвижность и равновесие. Нарушение силы, равновесия и подвижности нервных процессов ведет к тому, что высшие отделы центральной нервной системы не могут в должной мере осуществлять их основную функцию — уравнивание организма и среды.

Как отмечал И.П. Павлов в своей лекции «Экспериментальная патология высшей нервной деятельности», нарушение работоспособности нервных клеток вызывает не только ослабление тормозных и возбуждательных процессов, но и нарушение их подвижности. «Нарушение подвижности в отдельных случаях проявляется в инертности возбуждательного процесса. Последнее характеризуется большим упрямством. Она менее скоро уступает место законно возникающим тормозящим влияниям».

Но кроме патологической инертности возможно другое, прямо противоположное явление, характеризующееся таким состоянием клетки, при котором подвижность возбуждательного процесса чрезмерно велика. Это состояние И.П. Павлов назвал патологической лабильностью или взрывчатостью. «Это то, писал И.П. Павлов, что в неврологии называется раздражительной слабостью, то есть клетка делается очень суетливой, очень стремительно отвечает на раздражение, но зато быстро банкротится, быстро слабеет. Мы это состояние называем взрывчатостью». Разумеется, нарушение подвижности может наблюдаться не только при возбуждении, но и при торможении.

Изменение реактивности мозга, ослабление его клеток при патологии, приводит к разбалансированности основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. Нарушение равновесия характеризуется преобладанием одного из них над другим. Одним из основных факторов, определяющих, какой процесс превалирует, является тип нервной системы, который может иметь решающее значение, но из этого, по утверждению И.П. Павлова, не следует, что только он обуславливает форму невроза с преобладанием возбуждения или торможения. По мнению А.Г. Иванова-Смоленского, она определяется совокупностью многих факторов. К ним также относятся и особенности внешней среды, и характер воспитания, и социальные условия среды и т.д.

По мнению И.П. Павлова, «фобии есть следствие торможения при наличии слабости корковых клеток». Состояние хронической слабости коры обуславливает обычную эмотивность и истеричность. И.П. Павлов писал, что «истерический субъект живет в большей или меньшей степени не рассудочной, а эмоциональной жизнью, управляется не корковой деятельностью, а подкорковой». С этим связаны

внушаемость и самовнушаемость истеричных. По мнению И.П. Павлова, сумеречное состояние истеричных подобно гипнотическому состоянию.

На фоне общей слабости полушарий истерикам свойственны легкая подверженность гипнотическому состоянию, чрезвычайная зафиксированность и концентрированность нервных процессов в определенных пунктах коры благодаря чрезмерной силе и распространенности отрицательной индукции.

Заканчивая краткий обзор основных положений патофизиологии неврозов, необходимо указать, что нервные срывы нарушают не только функции коры головного мозга, но и работу эндокринных желез, желудочную секрецию, желчеотделение, диурез, регуляцию кровяного давления и т.д.

Исследования, проведенные И.П. Павловым и его сотрудниками в области патофизиологических изменений в клинике неврозов, дали нам власть над неврозами, их патофизиологическими механизмами и научили исправлять нарушенное.

Наш принцип физиологической обоснованности, базирующийся на учении И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, позволяет нам дать ответ на вопрос «Почему возникает болезнь?». Начиная с первой встречи врача с больным и на протяжении всего курса лечения, мы стараемся в доступной для больного форме разъяснять ему, что явилось причиной и каков характер его заболевания, какие нарушения отмечены во взаимодействиях между основными нервными процессами, какие произошли качественные изменения нервных процессов и как образовались отрицательные условно-рефлекторные механизмы. Когда больной начинает осознавать, почему он болен, врач в доступной форме разъясняет ему роль психотерапевтического воздействия в нивелировании патогенетических механизмов. Воздействие на патогенетические механизмы осуществляется двояко: при разъяснении патологии до сеансов гипноза и внушении во время сеансов.

Для успешной терапии больных неврозами наряду с осознанием патогенетических механизмов неврозов важно соблюдение третьего принципа легендности.

8.1.2. Легендность.

Подобно тому как З. Фрейд, базируется в своих суждениях на мифе об «эдиповом комплексе», мы кладем в основу нашей общей психотерапевтической схемы «легенды» (то есть идею об ошибочности болезненного восприятия и пути к скорейшему выздоровлению). Причем для каждой формы болезни свойственна своя легенда, и чаще всего не одна.

Так, для больных с навязчивостями легендой является идея, что навязчивости никогда не были реализованы, то есть с больными никогда не случилось то, что составляет содержание навязчивостей (у больных с канцерофобией никогда не обнаружено на момент болезни новообразования; у алкоголиков имеет место генетическая несовместимость со спиртными напитками, которая на определенном этапе приема алкоголя приводит к гибели мозговых клеток, в связи с чем больной после лечения не имеет права принимать спиртные напитки до конца своей жизни; больным с дерматитами, бородавками внушаются необходимость обострения воспалительного процесса и доведение его до полного заживления, и т.д.).

Легенды будут изложены в следующих главах, при описании отдельных моделей. Нацеленные на осознание «легенды» внушения проводят обычно на V и VI этапах, связанных с перестройкой отношения больного к отдельным болезненным явлениям и болезни в целом.

8.1.3. Настойчивость.

И наконец, последний принцип нашей общей психотерапевтической схемы — это принцип настойчивости в получении результата. Он заключается в том, что мы планируем при психотерапевтическом лечении проведение определенного количества сеансов. Среднее число сеансов варьирует от 10 до 15 (независимо от скорости наступления эффекта). В ряде случаев оно превышает 25 и 50 сеансов. Кроме того, мы иногда проводим подкрепляющую терапию или рекомендуем несколько курсов с некоторыми интервалами.

Созданный нами метод (мы подчеркиваем — именно метод) имеет право на самостоятельное существование. В настоящее время, на основании глубокого анализа всех моделей гипносуггестивной терапии, созданных нами за многие годы, мы можем

смело высказать свое суждение о правильности их объединения в общий, самостоятельный метод гипносуггестивной психотерапии под одним названием «гипноанализ».

Правомерность такого наименования, с нашей точки зрения, обусловлена следующими факторами. **Во-первых**, в основе метода лежит анализ, но в отличие от З. Фрейда, назвавшего свой метод психоанализом в связи с тем, что аналитические механизмы вскрытия ущемленных комплексов зиждятся на психологической основе, мы анализировали патофизиологические механизмы заболеваний с позиции учения И.П. Павлова о высшей нервной деятельности, то есть на базе физиологии. **Во-вторых**, мы проводили разъяснение больным патофизиологических механизмов заболевания, вызывая тормозное состояние коры головного мозга, то есть гипнотическое состояние.

Нам известно, что термин «гипноанализ» был введен С.Я. Лившицем (1927) для обозначения психотерапевтических приемов, сочетающих гипноз с психоанализом, катартическими приемами. В нашем случае речь идет о сочетании гипноза не с психоанализом, а с глубинным анализом патогенетических механизмов невроза, то есть мы имеем дело не с психологической, а с их физиологической трактовкой неврозов.

8.2. Гипноанализ при ночном энурезе.

Подводя итоги нашей многолетней работы по созданию и внедрению собственного метода гипноанализа в медицинскую практику неврологии, мы бы хотели вновь вернуться в те далекие годы, когда мы начинали разрабатывать новую эффективную модель психотерапевтического лечения ночного энуреза. Как помнит читатель, первый наш опыт лечения больного с ночным энурезом, несмотря на большое количество проведенных сеансов, эффекта не дал. Созданная новая модель оказалась эффективной. Мы приводим эту модель в развернутом виде.

На первом этапе лечения — подготовительном или предварительном — мы объяснили больному, что его заболевание (ночной энурез) является чисто функциональным заболеванием, причиной которого являются переживания (стрессы). В результате переживаний наступает дисрегулированность между основными нервными процессами: тормозным и возбуждающим, в результате чего оба этих процесса ослабевают, а тормозной становится менее подвижным, инертным. В связи с усилением инертности тормозного процесса углубляется ночной сон (легенда), при этом блокируется центр, регулирующий мочеиспускание. В норме в состоянии бодрствования активное напряжение мышц сфинктера мочевого пузыря удерживает мочу в нем. Импульсы напряженных мышц сфинктера поступают в «центр», который открывает мочевой пузырь. В ночное время этот «центр» продолжает контролировать акт мочеиспускания. При патологиях глубокий ночной сон обуславливает торможение в «центре», снимая контроль за мочеиспусканием и в результате этот акт происходит произвольно (бесконтрольно). И наконец, страх или, вернее, ожидание возможного ночного энуреза также является дополнительным фактором, углубляющим тормозной процесс.

В заключение врач разъясняет больному, что целью психотерапии являются:

- уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждающего, что приводит к повышению их силы и подвижности, с целью растормаживания «центра», регулирующего акт мочеиспускания;

- уменьшение глубины ночного сна;

- устранение страха и настороженности перед ночным недержанием мочи.

Это возможно достичь при проведении гипносуггестивной терапии.

После небольшого подготовительного периода (I этап) врач погружает больного в лечебный сон (II этап). Затем врач проводит внушения нацеленные на общее успокоение больного (III этап): «Вы спите приятным лечебным сном, все Ваше внимание по-прежнему сосредоточено на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, о чем я буду говорить. Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений Вы начинаете обретать чувство полного спокойствия; спокойствие под влиянием моих внушений нарастает, исчезает всяческое волнение,

раздражение. Спокойствие под влиянием моих внушений продолжает возрастать и становится более выраженным, более стойким. Вы начинаете чувствовать себя совершенно спокойным, стойким, выносливым человеком. И на фоне возрастающего спокойствия, стойкости, выносливости начинает, под влиянием моих внушений, выравниваться настроение; появляется жизнерадостность. Под влиянием моих внушений в этом замечательном лечебном сне Вы начинаете чувствовать себя здоровым человеком. Здоровое самоощущение будет продолжать возрастать с каждым последующим сеансом. И чем более здоровым человеком Вы будете чувствовать себя, тем быстрее Вы избавитесь от своего болезненного состояния, ночного недержания мочи. Сон продолжает углубляться, спокойствие продолжает возрастать, внимание Ваше по-прежнему сосредоточивается на моем голосе, Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение для уравнивания центральной нервной системы (IV этапа): «Под влиянием моих внушений начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий, восстанавливаются в связи с равновесием их качества: сила и подвижность. Уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждающего, повышение их силы и подвижности имеет первостепенное значение для быстрого Вашего выздоровления, избавления от ночного недержания мочи. Мы не случайно тормозной и возбуждающий процессы называем основными нервными процессами. Я подчеркиваю, что **основными нервными процессами** мы их называем потому, что эти два процесса регулируют все функции организма, в том числе и функцию мочеотделения; тормозной и возбуждающий процессы, управляют всеми системами организма, в том числе и мочеполовой системой. И наконец, эти процессы: обеспечивают нормальные взаимоотношения человека с условиями внешней среды, то есть они обеспечивают возможность человека приспосабливаться (адаптироваться) к условиям внешней среды.

В связи с тем что у людей, страдающих неврозами, в том числе и ночным недержанием мочи, уровень адаптации организма к условиям внешней среды снижен, повышение его до прежнего, нормального уровня имеет важное значение для быстрой нормализации функции мочеотделения. Тормозной и возбуждающий процессы под влиянием моих внушений будут продолжать уравниваться, продолжают нормализоваться их сила и подвижность. Чем больше под влиянием моих внушений будут уравниваться тормозной и возбуждающий процессы, тем быстрее уровень адаптации организма к условиям внешней среды будет повышаться до прежнего здорового уровня. И чем больше он приблизится к прежнему здоровому уровню, тем быстрее Вы избавитесь от ночного недержания мочи.

Под влиянием моих внушений уравниваются основные нервные процессы, продолжают восстанавливаться их сила и их подвижность. Чем больше под влиянием моих внушений будут продолжать уравниваться тормозной и возбуждающий процессы, тем ближе к нормальным будут взаимоотношения между всеми физиологическими и нервно-психическими функциями во всем Вашем организме.

Под влиянием моих внушений начинают нормализоваться функции желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринного аппарата, выравниваются обменные процессы организма и его витаминный баланс. Начинает нормализоваться функция мочеотделения. В связи с тем что тормозной и возбуждающий процессы приходят в состояние равновесия, продолжают нормализоваться сила и подвижность этих процессов, инертность тормозного процесса уменьшается и центр, регулирующий мочеиспускание, начинает растормаживаться и лучше контролировать функции мочеиспускания. Вы сможете мочиться только тогда, когда будете находиться в состоянии бодрствования; в ночное время, во время сна Вы перестанете мочиться в постель.

В связи с продолжающимся уравниванием основных нервных процессов: тормозного и возбуждающего, в связи с нормализацией качеств этих процессов (их силы и подвижности) Ваш ночной сон будет становиться менее глубоким, а следовательно, и «центр», регулирующий мочеотделение во время ночного сна, будет становиться все более и более свободным от явлений торможения.

Сон продолжает углубляться, мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас; внимание Ваше по-прежнему сосредоточено на моем голосе, Вы продолжаете вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее врач продолжает внушение двух следующих (V и VI) этапов (этапов изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям и болезни в целом): «Вы чувствуете себя легко и спокойно, нормально продолжают функционировать все физиологические процессы организма, в том числе и функция мочеиспускания. И точно так же, как сейчас работает Ваш организм, он будет работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности всего Вашего организма, в том числе и мочеиспускания, после пробуждения от лечебного сна будет Ваше спокойствие. Оно будет сохраняться всюду, где бы Вы ни находились: и дома, и на работе, и в школе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего полного благополучия, и в обстановке напряженной, экстремальной. Особенно спокойно Вы будете чувствовать себя тогда, когда Вы будете ложиться спать. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя перед отходом ко сну, тем быстрее Вы избавитесь от ночного недержания мочи.

Вы сейчас продолжаете спать приятным лечебным сном. Вы чувствуете себя совершенно спокойным человеком, нормально функционируют все системы Вашего организма, нормализована также функция мочеиспускания. Вы продолжаете погружаться в сон, но отчетливо продолжаете слышать каждое сказанное мною слово. И точно так же, как сейчас, Вы спите лечебным сном и продолжаете слышать отчетливо каждое мое слово, в период ночного сна Вы будете спать и чувствовать, как переполняется Ваш мочевой пузырь, как появляются позывы на мочеотделение. Когда Ваш мочевой пузырь переполнится и появятся позывы на мочеиспускание, они для Вас будут сигналом или будильником для пробуждения. Вы сразу же проснетесь, встанете с постели и пойдете мочиться в туалет. Если же Ваш мочевой пузырь не переполнится и позывов на мочеиспускание не последует, Вы будете продолжать спокойно спать с полной уверенностью в том, что ночного энуреза у Вас больше не будет.

Вы продолжаете спать приятным лечебным сном. Чувствуете себя совершенно здоровым человеком. Нормально продолжают функционировать все системы Вашего организма, в том числе и мочеиспускание. Последние несколько предложений начиная со слов: «И точно так же как сейчас...» врач повторяет три-четыре раза. Наш опыт показал, что эта фраза играет очень важную роль в выработке нового условно-рефлекторного механизма пробуждения от ночного сна до начала акта мочеиспускания.

После этого повтора врач продолжает внушение: «В состоянии бодрствования, под влиянием моих внушений Вы будете все реже вспоминать о ночном недержании мочи. Вы только будете помнить о необходимости строгого соблюдения Вами нового питания. Я рекомендую Вам принимать жидкую пищу до 15 часов дня в неограниченном количестве; после 15 часов до отхода ко сну Вы должны количество принимаемой жидкости свести к минимуму. Это, однако, не означает, что вы должны полностью исключить прием жидкости. Вы должны стараться принимать ее как можно меньше.

Когда Вы будете ложиться спать, Вы должны принять 1 капсулу лекарства (имеется в виду ноотропил), по нашему мнению, он делает ночной сон менее глубоким. Вы должны перед сном съесть кусочек хлеба с маслом, посыпанного тончайшим слоем соли.

Засыпая, вы многократно, про себя (не в слух) будете повторять одну и ту же фразу: «Я засыпаю с полной уверенностью в том, что ночной сон будет становиться менее глубоким, что я буду чувствовать во сне, как переполняется мой мочевой пузырь, как появляются позывы на мочеиспускание, и я тотчас же проснусь, встану с постели и пойду мочиться в туалет». (Эту фразу врач предлагает записать маме больного, во время подготовки больного к лечению.)

Многократно повторяемая Вами последняя фраза при засыпании будет способствовать быстрой выработке механизма пробуждения от сна при появлении позывов на мочеиспускание.

Сон продолжает углубляться. Вы продолжаете прислушиваться внимательно к тому, что я говорю, и стараетесь все глубже и глубже почувствовать в каждое сказанное мною слово.

Далее продолжается внушение, нацеленное на повышение интереса больного к обыденной жизни (VII этап): «На фоне возрастающего спокойствия, под влиянием моих внушений, Вы будете все меньше и меньше вспоминать о своей болезни, и Ваши интересы к обыденным сторонам жизни и деятельности будут возрастать. Вы будете проявлять интерес к тому, что Вас интересовало прежде. Наряду с прежними интересами, будет возрастать интерес к соблюдению физкультурного режима. Рекомендую ежедневную утреннюю зарядку. Занимаясь ежедневно зарядкой, Вы тем самым будете способствовать повышению мышечного тонуса. И чем выше будет мышечный тонус, тем выше будет тонус клеток мозга; следовательно, быстрее будут уравниваться тормозной и возбуждательный процессы центральной нервной системы, и следовательно, быстрее нормализуется процесс мочеиспускания и Вы перестанете мочиться в постель в ночное время.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее следует этап повышения уверенности в себе и выздоровлении (VIII этап): «Самочувствие Ваше продолжает улучшаться и на фоне улучшающегося самочувствия, под влиянием моих внушений, Вы начинаете обретать все большую уверенность в себе, уверенность в том, что Вы полностью избавитесь от ночного недержания мочи. Чем больше Вы будете уверены в своем выздоровлении, тем быстрее станете совершенно здоровым человеком. Вы должны быть здоровым человеком и Вы будете совершенно здоровым человеком!»

Далее врач продолжает внушение, связанное с повышением роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Сон продолжает становиться менее глубоким, все Ваше внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово. Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; так же легко и спокойно Вы будете чувствовать себя и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Всюду, где бы Вы ни находились в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы самому регулировать и управлять своей нервной деятельностью с целью нормализации функции мочеотделения».

На заключительном (X) этапе внушения сводятся к следующему: «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, то есть Вы продолжаете чувствовать себя здоровым человеком. Вы чувствуете себя так, как будто поспали несколько часов. Голова Ваша стала необыкновенно ясной и легкой, тело освободилось от посторонних ощущений. Вы продолжаете чувствовать себя здоровым человеком, спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным; уравнились основные нервные процессы: тормозной и возбуждательный, повысилась их сила и подвижность, ночной сон стал менее глубоким, растормозился в большей степени центр, регулирующий мочевыделение в ночное время, исчезла настороженность в отношении возможного появления ночного энуреза. Вы чувствуете себя уверенным человеком в том, что Вы полностью освободитесь от ночного недержания мочи, и наконец, Вы чувствуете, что можете эффективно самостоятельно регулировать и управлять своей нервной деятельностью и актом мочеиспускания, то есть вы чувствуете себя отдохнувшим, здоровым человеком».

На последнем этапе врач пробуждает больного от лечебного сна (XI этап). «И вот сейчас, когда Вы отдохнули, почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, тело Ваше будет свободным от каких-либо посторонних ощущений, настроение будет ровное. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас и в состоянии бодрствования. Вы будете полностью уверены в том, что Вы освободились от ночного недержания мочи. Раз! Два!»

Эффект разработанной нами модели гипносуггестивной терапии был ошеломляющим. Мы добились прекращения ночного энуреза уже после третьего сеанса, однако продолжали повторять сеансы до тех пор, пока не убедились в том, что ночной энурез побежден. Позже нам удавалось ликвидировать ночной энурез и после первого сеанса, но все же выдерживалась количественная норма: мы проводили около 15 сеансов.

В нашей практике были пациенты с энурезом и более старшего возраста (18-20 лет). У них ночной энурез прекращался после 4-5 сеансов, но мы проводили лечебных 15 сеансов, а затем еще несколько сеансов подкрепляющей терапии один раз в

неделю. Среди наблюдаемых нами больных был один больной М., 32 лет, женатый человек, отец двоих детей. Ночной энурез поставил под угрозу возможность совместного проживания с женой. Эффект был нами достигнут после восьмого сеанса; затем длительное время проводилась подкрепляющая терапия. В результате нам удалось вылечить больного от ночного энуреза и сохранить семью.

Успех созданной нами схемы психотерапевтического воздействия на больного ночным энурезом позволил нам перейти к созданию отдельных моделей гипносуггестивной терапии по принципу общей схемы для различных неврозов, неврозоподобных состояний. Причем, каждая вновь созданная модель оказывалась не менее эффективной, чем модель лечения ночного энуреза. Особенно ценной для нас была модель, приспособленная для лечения наиболее трудно курабельных больных с навязчивостями. Область применения наших вновь создаваемых моделей постепенно расширялась, охватывая все шире различные сферы медицинской практики (внутренние болезни, кожные болезни, сексологические заболевания, психические заболевания и др).

Основные модели созданного нами метода гипноанализа в схематической форме изложены в этой книге.

8.3. Гипноанализ при неврозах с навязчивостями.

Для неврозов с навязчивостями специфическими расстройствами являются те или иные навязчивые состояния, проявляющиеся на общем невротическом фоне. Из всего многообразия навязчивых расстройств мы избрали для описания «модель» для лечения клаустрофобии — часто встречающейся навязчивости, одним из ее симптомов является боязнь городского транспорта.

После знакомства с больным, страдающим клаустрофобией, и постановки диагноза на I подготовительном этапе врач разъясняет больному патофизиологические механизмы его болезненного состояния. В доступной для больного форме врач разъясняет больному, что в результате психотравмирующей ситуации произошло разрегулирование основных нервных процессов центральной нервной системы: тормозного и возбуждательного. Эти нервные процессы стали слабее, а тормозной процесс — менее подвижным. Малая подвижность тормозного процесса способствовала развитию навязчивого страха. За длительный 350-летний период с 1617 г., когда навязчивые состояния впервые были описаны в мировой медицинской литературе, не было ни одного случая, подтверждающего обоснованность навязчивого страха — ни с кем из больных не случилось того, что составляло содержание навязчивости. У пациентов с навязчивой боязнью заболеть раком, злокачественные опухоли никогда не были диагностированы; у больных, испытывающих страх умереть от инфаркта миокарда, никогда этого заболевания не было и т.д.

И наконец, врач объясняет больному, что навязчивости насильственно появляются в сознании больного и он усиленно стремится освободиться от них. Чем больше больной стремится освободиться от навязчивостей, тем прочнее они становятся. Изменение отношения больного к навязчивостям, их спокойное восприятие, а не противодействие им будет способствовать быстрейшему излечению.

В качестве резюме врач сообщает больному, что он видит свою задачу в успокоении больного, уравнивании тормозного и возбуждательного процессов, устранив застойность тормозного процесса, и в изменении отношения больного к навязчивостям. Все это становится возможным благодаря лекарственной и гипносуггестивной терапии. На этом заканчивается I этап лечения. После проведенной разъяснительной беседы врач погружает больного в состояние лечебного сна (гипноза). Этот второй этап проводится по «общей схеме».

После погружения больного в состояние лечебного сна врач начинает внушения, нацеленные на общее успокоение больного (III этап): «Сон продолжает углубляться. Ваше внимание продолжает еще больше сосредоточиваться на моем голосе; Вы все больше и больше продолжаете вчувствоваться во все то, о чем я говорю. Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений Вы начинаете обретать общее спокойствие; Вы чувствуете себя исключительно легко и спокойно. Спокойствие

возрастает и становится более выраженным, более устойчивым, и Вы продолжаете чувствовать себя более спокойным, более стойким, более выносливым. На фоне возрастающего спокойствия, стойкости и выносливости начинает повышаться общий уровень настроения, появляется жизнерадостность. Вы обретаете, под влиянием моих внушений, качества, свойственные здоровому человеку, те качества, которые были свойственны Вам тогда, когда Вы были совершенно здоровым человеком. Под влиянием моих внушений у Вас появляется ощущение Вашего прежнего здорового состояния. И это ощущение будет наращаться с каждым последующим сеансом и днем. Чем более выраженным и более устойчивым будет становиться здоровое самоощущение, тем быстрее Вы освободитесь от затруднений, связанных с перемещением городским транспортом. Сон продолжает углубляться, спокойствие продолжает возрастать; внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе. Вы продолжаете все более и более вчувствоваться во все то, о чем я говорю».

Далее врач продолжает внушения для уравнивания центральной нервной системы (IV этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, сохраняется ощущение прежнего здорового состояния. И на фоне этого ощущения, под влиянием моих внушений, начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный процессы; уравниваются под влиянием моих внушений их основные свойства: сила и подвижность. Уравнивание основных нервных процессов имеет важное значение для преодоления затруднений, связанных с перемещением городским транспортом, так как эти два процесса называются основными по праву, и им принадлежит основная регулирующая роль. Они регулируют все функции организма, управляют всеми системами организма и, наконец, они обеспечивают нормальные взаимоотношения Вашего организма с внешней средой, то есть они способствуют большему приспособлению или адаптации Вашего организма к условиям внешней среды. В связи с тем что при срыве центральной нервной системы уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды был снижен в значительной степени, и отсюда возникли затруднения в перемещении городским транспортом, повышение уровня адаптации будет способствовать быстрейшему преодолению затруднений, возникающих при перемещении городским транспортом. Чем выше будет становиться уровень адаптации организма к внешней среде, чем больше он будет приближаться к прежнему здоровому уровню, тем быстрее Вы избавитесь от навязчивого страха. Под влиянием моих внушений продолжают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы, и весь Ваш организм начинает работать в режиме здорового соотношения всех физиологических и всех нервно-психических функций организма. Начинает уравниваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта. Appetit становится умеренным, нормализуется деятельность желудка и всего кишечного тракта. Под влиянием моих внушений начинает нормализоваться деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы. Выравниваются артериальное давление и пульс, улучшается кровообращение. В связи с улучшением кровообращения улучшается питание всех клеток и тканей организма, всех органов и систем организма, улучшается питание всего организма в целом, в том числе и питание мозга. Улучшение питания мозга играет очень важную роль в Вашем быстрейшем выздоровлении. Под влиянием моих внушений начинает нормализоваться деятельность Вашего эндокринного аппарата, то есть гормоны начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для поддержания нормальной жизнедеятельности организма. Начинают выравниваться под влиянием моих внушений обменные процессы Вашего организма и его витаминный баланс, то есть Ваш организм сейчас работает как единое, здоровое целое. Точно так же, как сейчас, Ваш организм будет продолжать работать и после пробуждения от лечебного сна.

Сон продолжает углубляться, спокойствие сохраняется, Вы продолжаете все внимательней сосредоточиваться на моем голосе и стараетесь все глубже и глубже вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее врач внушает (V этап) изменение отношения больного к отдельным болезненным симптомам (навязчивого страха перед ездой в городском транспорте): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; Ваш организм продолжает работать как единое, здоровое целое.

Показателем сохраняющейся здоровой работоспособности Вашего организма после пробуждения будет Ваше спокойствие. Спокойно Вы будете чувствовать себя всюду, где бы Вы ни находились: и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке полного благополучия, и наконец, в обстановке напряженной, экстремальной. Но особенно спокойно Вы будете чувствовать себя в городском транспорте. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя в городском транспорте, тем спокойнее Вы будете реагировать на появление навязчивого страха. Вы спокойнее будете реагировать на этот страх, во-первых, потому, что Вы будете становиться с каждым днем, под влиянием моих внушений, все более спокойным человеком. Во-вторых, потому, что, под влиянием моих внушений, будет возрастать Ваше понимание того, что навязчивые страхи (любого содержания, в том числе и страх перед ездой в городском транспорте) никогда не реализуются. За длительную историю с момента описания этих болезненных состояний, насчитывающую уже более 350 лет, и за длительный период моих личных наблюдений реализации навязчивого страха не отмечалось. У всех больных, имевших, подобно Вашему, страх перед ездой в транспорте, ничего опасного не происходило. Тот страх, который Вы испытали впервые, находясь в городском транспорте, был максимальным по напряжению, и, однако, все обошлось благополучно. Появлявшиеся в последующем страхи в городском транспорте были менее интенсивными, что, несомненно, не могло ухудшить Ваше состояние. Тем более сейчас, когда Вы получаете лечение и с каждым сеансом будете становиться все более спокойным человеком. Вашему здоровью ничто не угрожает. Чем спокойнее Вы будете реагировать на появление этого страха в городском транспорте, тем он будет становиться слабее, тем он будет появляться реже. Кроме того, навязчивый страх, являясь по своей природе отрицательным условно-рефлекторным образованием, как всякий рефлекс, угасающий без подкрепления его, будет угасать в связи с тем, что Вы спокойно будете реагировать на него. Ваше спокойное реагирование будет способствовать его быстрейшему угасанию. Под влиянием моих внушений с каждым последующим сеансом страх в городском транспорте будет становиться слабее, будет появляться реже. Уже после первого сеанса лечебного сна под влиянием моих внушений начался процесс обратного развития заболевания, и он будет протекать в быстром темпе до наступления прежнего здорового состояния, до полного исчезновения навязчивого страха, до свободного перемещения городским транспортом».

Затем врач продолжает внушать больному изменение отношения больного к болезни в целом (VI этап): «Сон продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе, Вы продолжаете все глубже и глубже вчувствоваться во все то, о чем я Вам говорю. Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Вы продолжаете все спокойнее реагировать на навязчивый страх, и навязчивый страх продолжает угасать. Полное угасание навязчивого страха наступит тогда, когда в состоянии бодрствования Вы перестанете вспоминать, думать, анализировать Ваш навязчивый страх и весь период болезни. Под влиянием моих внушений, весь период болезни начинает вытесняться из Вашего сознания и забывается. Вы сейчас пытаетесь вспомнить о том, что Вас беспокоило, тревожило, и Вы не можете этого вспомнить. Точно так же в состоянии бодрствования Вы не сможете вспомнить отдельные болезненные симптомы и болезнь в целом.

Сон продолжает углубляться, внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Далее врач проводит внушение, нацеленное на повышение интереса больного к обыденным сторонам жизни (VII этап). «Вы продолжаете чувствовать себя спокойно. Весь период болезни вытеснился из Вашего сознания и забылся. Под влиянием моего внушения начинает пробуждаться Ваш интерес к обыденным сторонам жизни и деятельности. Вы начинаете интересоваться своим домом, семьей, работой, художественной литературой, искусством, кино, театром, телепередачами, прессой и т.д. У Вас пробуждаются интересы ко всему тому, что представляло для Вас интерес в период Вашего полного здоровья. Наряду с Вашими прежними интересами, под влиянием моих внушений, начинает пробуждаться Ваш интерес и к строгому соблюдению спортивного (физкультурного) режима. Спорт полезен каждому здоровому человеку, и вдвойне он полезен людям, страдающим неврозами. Занимаясь ежедневно спортом, Вы будете способствовать тем самым все большему и большему

повышению Вашего мышечного тонуса. А чем выше будет становиться Ваш мышечный тонус, тем рефлекторно будет становиться выше тонус клеток Вашего мозга. На уровне высокого тонуса клеток мозга быстрее угаснет навязчивый страх, возникающий при перемещении городским транспортом, и Ваш мозг будет активнее противостоять любым внешним, даже чрезвычайно сильным раздражителям. То есть занятия спортом будут для Вас являться и лечебным фактором, в смысле быстрого угасания навязчивого страха, и профилактическим фактором, в смысле возможности мозга противостоять сильным внешним раздражителям.

Строгое соблюдение Вами спортивного режима будет способствовать быстрейшему исчезновению затруднений, связанных с перемещением городским транспортом. Сон продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Дальнейшее внушение больному уверенности в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; Вы забыли о болезни; Вы ясно осознаете значение соблюдения спортивного режима для Вашего быстрого освобождения от навязчивого страха перед городским транспортом. На фоне спокойного состояния, под влиянием моих внушений, начинает возрастать Ваша уверенность в себе. Исчезают всякие сомнения, проявления самоанализа и самокопания в своем состоянии. Начинает возрастать Ваша уверенность в том, что Вы полностью избавитесь от навязчивого страха и от болезни в целом. Всяческие, даже малейшие сомнения в выздоровлении будут являться шагом назад. Поэтому Вы будете все больше и больше верить в полное и окончательное Ваше выздоровление. Вы должны быть здоровым человеком! И Вы будете здоровым!

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Затем врач говорит о роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы чувствуете себя спокойным, уверенным в себе и уверенным в выздоровлении человеком. И в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы будете внушать себе все необходимое для того, чтобы самому регулировать и управлять своей нервной активностью в любой ситуации, в том числе в ситуации пребывания в городском транспорте. Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, как действуют на Вас мои внушения в период лечебного сна».

Далее врач переходит к обобщающему внушению: «Вы чувствуете себя легко и свободно; голова Ваша стала необыкновенно ясной и легкой, тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным человеком. Вы чувствуете себя так, как Вы чувствовали в период Вашего прежнего здорового состояния. Уравновесилась Ваша центральная нервная система, уравновесились основные нервные процессы: тормозной и раздражительный; восстановились их свойства: сила и подвижность. Нормально продолжают функционировать все физиологические нервно-психические процессы Вашего организма. Организм Ваш продолжает работать как единое, здоровое целое. И так Ваш организм будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности Вашего организма после пробуждения от лечебного сна будет Ваше спокойствие. Ваше устойчивое спокойствие после лечебного сна позволит Вам спокойно относиться к отдельным болезненным расстройствам, в том числе и навязчивому страху, возникавшему при перемещении в городском транспорте, и к болезни в целом. Весь период Вашей болезни вытеснился из Вашего сознания и забылся. Ваши жизненные интересы приобретают все более здоровый характер. Вы с большим пониманием относитесь к необходимости строгого соблюдения спортивного режима для Вашего быстрого выздоровления. Вы полностью перестали сомневаться в том, что Вы освободитесь от своей болезни навсегда. Вы, наконец, чувствуете, что можете свободно и легко управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе в ситуации пребывания в городском транспорте».

После 3-5 сеансов (в зависимости от давности и стойкости заболевания) в конце X заключительного этапа врач добавляет рекомендации для больного начать тренировку по преодолению затруднений, связанных с перемещением в городском

транспорте. Причем тренировку по преодолению страха во время езды городским транспортом рекомендуется проводить в последовательности обратной его развитию, то есть вначале тренируется преодоление более поздних затруднений в езде на транспорте, а затем более ранних. В городах, где имеется метро, в большинстве случаев «страх» возникает впервые в метро, а затем распространяется на другие виды транспорта. Врач рекомендует начинать тренировку с последнего вида транспорта (допустим, автобуса).

Врач внушает: «Я рекомендую Вам уже после сегодняшнего сеанса подойти к автобусной остановке, постоять 10-15 минут, пропуская автобусы, наблюдая, как люди выходят из автобусов и входят в них, но не садиться в автобус».

Если эту рекомендацию больной выполняет легко и при этом сохраняет спокойствие, врач далее расширяет рекомендации: «Сегодня, после сеанса, Вы подойдете к автобусной остановке, постоите на остановке несколько минут, пропуская несколько автобусов, а затем сядете в автобус и проедете одну остановку».

Если больной легко справляется с этим, врач продолжает рекомендовать после каждого последующего сеанса проехать еще одну остановку. Как правило, после преодоления 3-5 остановок больные уже без рекомендаций врача начинают свободно перемещаться на более длинные дистанции. Врач дает рекомендации по тренировке на других видах транспорта, заканчивая метро. В метро рекомендуется первый раз спуститься в вестибюль и пропустить несколько поездов, а далее, каждый раз опускаясь в метро, проезжать по одной остановке и т.д. до полного преодоления затруднений в перемещении всеми видами транспорта.

После каждой успешной тренировки в последующих сеансах врач во внушениях закрепляет этот успех: «Вы чувствуете, что Вы можете перемещаться городским транспортом без каких-либо затруднений. Так же, как Вы вчера легко справились со своим заданием, Вы сможете выполнить и сегодняшнее, и все последующие мои задания. Вы начинаете испытывать необыкновенный прилив энергии, бодрости, силы. Вы чувствуете себя так, будто бы Вы поспали несколько часов, то есть Вы чувствуете себя здоровым, отдохнувшим человеком».

Далее врач пробуждает больного от лечебного сна (XI): «И вот сейчас, когда Вы поспали и полностью отдохнули, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекраснейшем состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в организме не будет, настроение будет бодрое. Мои внушения и Ваши самовнушения будут продолжать действовать на Вас и в бодрствующем состоянии с такой же силой, с какой действуют на Вас мои внушения сейчас. Вы сможете легко и свободно продолжать тренировать последующее мое задание. Раз! Два!».

Независимо от давности и стойкости болезненного состояния мы рекомендуем проводить не менее 15 сеансов гипноуггестивной терапии, а при необходимости количество сеансов может быть увеличено до 30 и более; иногда проводили подкрепляющую терапию в виде одного сеанса в неделю, еще 10 сеансов и т.д.

Мы здесь привели пример лечения навязчивого страха, возникающего в городском транспорте. При изменении содержания навязчивого страха врач меняет содержание рекомендаций тренировок по преодолению страхов.

Так, если у больного имеется страх перед острыми предметами, врач дает рекомендации подкладывать вилку, затем нож во время приема пищи, а затем рекомендует начинать пользоваться этими острыми предметами при приеме пищи и т.д.

Изучение катamnестических данных, длительные многолетние наблюдения за больными, страдающими неврозами с навязчивостями и лечившимися нашими методами, показали высокую эффективность последних.

8.4. Гипноанализ при логоневрозах.

Проблема заикания издавна представляла интерес как для ученых, так и для практиков. Сегодня по этой проблеме написано огромное количество работ. Ею занимаются и врачи, и логопеды, и психологи. Болезнь имеет широкое распространение и характеризуется трудной курабельностью. В нашем учебнике мы

не предполагаем излагать теоретические споры, имеющие место в мировой литературе на этот счет.

Мы отсылаем интересующихся этой проблемой к литературным источникам (Г.Д. Неткачев «Клиника и психотерапия заикания» — М., 1913; В.М. Шкловский (1974, 1979); Н.А. Власов и К.П. Беккер (1983)), которыми мы пользовались, знакомясь с проблемой заикания.

Предлагаемая нами модель гипносуггестивной терапии применялась у больных заиканием в возрасте от 12 лет и старше. Лечение же заикания детей младшего возраста мы относим к компетенции логопедов. По нашему мнению, именно детей старше 12 лет можно считать вполне психически созревшими для осознания предложенной модели. Мы не исключали параллельное лечение этих больных логопедом. Мы тщательно отслеживали, чтобы к нам на лечение могли попадать люди только с невротическими формами заикания. Продолжительность заболевания логоневрозом была разной, в связи с чем и лечебная тактика соответственно была variabельной.

На подготовительном или предварительном этапе врач, прежде всего, сообщает больному, что его заболевание (логоневроз) носит сугубо функциональный характер и в связи с этим оно вполне излечимо. Далее, как и в предыдущих описаниях, врач знакомит больного с анатомией мозга, свойствами нервных клеток, возбуждения и торможения. У здорового человека эти процессы уравновешены, они обладают одинаковыми силой и подвижностью. Под воздействием сильных переживаний нарушаются нормальные взаимоотношения между основными нервными процессами; они, как правило, ослабевают, становятся инертными. Из-за повышенной инертности затормаживаются центральный и наружный аппараты речи. Далее врач разъясняет больному, что у человека имеются центральный и наружный компоненты речевого аппарата. Речевой центр, регулирующий речевую функцию, расположен в левом полушарии мозга (у левшей — в правом). Наружный аппарат представлен голосовыми связками, гортанью, языком и губами. Заикание возникает в результате заторможенности одновременно в центральном и наружном аппаратах речи. В результате этой заторможенности и обусловленных ею затруднений в речевой функции возникает страх перед речью, который постепенно увеличивает затруднения в речи. Задачи врача во время проведения психотерапии — уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, повышение их силы и подвижности; устранение застойных явлений как в центральном, так и в наружном аппарате речи, устранение страха перед речью с целью полного восстановления речи.

После погружения больного в гипнотическое состояние (II этап) проводится внушение, нацеленное на общее успокоение больного (III этап), то есть врач формирует у больного самоощущение прежнего здорового самочувствия, которое было у больного до начала заболевания. Затем продолжается внушение, нацеленное на уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, восстановление их качеств: силы и подвижности, растормаживание центрального и наружного аппарата речи, устранение страха перед речью (смотри общую схему).

Далее проводится основное внушение, нацеленное на перестройку отношения больного к своему страху перед речью и болезнью, то есть заиканию, в целом (этапы V и VI). Врач внушает больному, что в связи с тем, что его заболевание носит функциональный характер, у него нет основания бояться своей речи. А если оснований для страха нет, следовательно, больной должен все смелее и смелее вступать в речевой контакт. «Легендой» для быстрейшего выздоровления, для того чтобы больной в большей степени осознал, почему он не мог как все люди свободно и легко владеть своей речью, является предложение врача начать пользоваться уже после первого сеанса правилами речи.

Врач сообщает больному о том, что существует много правил речи, но он должен будет пользоваться только самыми важными.

Первое правило речи. При вступлении в речевой контакт следует смотреть собеседнику в глаза (думая об этом, больной меньше фиксирует внимание на своей речи).

Второе правило речи. Вступать в речевой контакт только выдыхая воздух из легких.

Третье правило речи. Пытаться произносить фразу слитно (как бы на одном выдохе).

И наконец, **четвертое правило**, самое важное — переход на несколько замедленную речь. Затем для подкрепления «легенды» врач предлагает уже после первого сеанса начать упорную повседневную тренировку речи путем, во-первых, ежедневного чтения художественной литературы вслух с соблюдением всех правил речи; во-вторых, более частого вступления в речевой контакт в любых условиях.

Далее врач проводит тренировку речевой функции (этап VII). Он предлагает больному повторять отдельные произносимые им фразы. Как правило, наши тренировки начинались с повторения больным правил речи в состоянии бодрствования (для их быстрейшего запоминания). Правильно повторенные за врачом фразы подкрепляются ободрением врача, если возникают затруднения в повторении фразы, врач предлагает ее повторять до правильного произношения.

Затем продолжается внушение, нацеленное на укрепление уверенности в себе и в восстановлении речи (VIII этап).

Дальнейшие внушения врача нацелены на повышение роли самовнушения и саморегуляции в восстановлении речи (IX этап).

После резюмирующего внушения (этап X) и выведения больного из лечебного сна (этап XI) врач вновь проводит тренировку речи. Больной получает инструкции о том, как продолжать тренировки речи в домашней обстановке.

Необходимое количество сеансов, циклов, зависело от давности заболевания, глубины речевых расстройств и характерологических особенностей личности, однако нам удавалось добиться положительного эффекта, хотя иногда лечение продолжалось несколько лет.

8.5. Гипноанализ агрипнии (бессонницы).

Агрипния, или бессонница, встречается при очень многих заболеваниях. К ним относятся и некоторые органические заболевания (энцефалиты), и ряд психических заболеваний, и, часто, неврозы. Причем при некоторых заболеваниях бессонница выступает на первое место как основной симптом болезни, а при некоторых она проявляется, как сопутствующий. В последнем случае при вылечивании самого заболевания и сон нормализуется.

В тех случаях, когда бессонница приобретает характер доминирующего признака болезни на фоне какого-то невротического состояния у личностей с тревожно-мнительным характером, со склонностью к фиксации отдельных болезненных состояний, внимание этих больных, фиксируется на плохом сне, они перестают чувствовать насыщение сном. И, как правило, несмотря на то что, по наблюдениям, они спят, сами больные заявляют, что они очень длительное время совершенно не спят. У них возникает своеобразное чувство настороженности или страха перед тем, что они не смогут уснуть. И чем больше они, отходя ко сну, стремятся как можно быстрее уснуть, тем труднее они засыпают, и сон их носит поверхностный характер. Именно для таких больных, страдающих зафиксированной, невротической бессонницей, мы рекомендуем данную модель гипносуггестивной терапии.

На подготовительном или предварительном этапе (этап I), врач объясняет больному, что бессонница была вызвана психотравмирующей ситуацией. В результате психотравмы наступила дисрегулированность основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. В значительной степени преобладает раздражительный процесс над тормозным, в силу этого тормозной процесс развивается медленно и не до конца, что создает иллюзию отсутствия сна. Кроме того, за длительный период болезни постоянный контроль за своим сном и чувство настороженности (страха) перед ночным сном делают его поверхностным.

Далее врач говорит больному, что для того, чтобы полностью нормализовать ночной сон, необходимо во время гипноза, под влиянием внушений, уравновесить основные нервные процессы, повысить их силу и подвижность, устранить страх перед сном, и сон будет полностью восстановлен.

Затем врач погружает больного в лечебный сон (гипноз) — II этап.

После этого для общего успокоения больного врач проводит следующие внушения (III этап): «Вы спите приятным лечебным сном, все внимание Ваше полностью сосредоточено на моем голосе; Вы стараетесь как можно глубже вчувствоваться во все то, о чем я буду говорить».

Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений, в этом замечательном лечебном сне Вы начинаете обретать чувство общего спокойствия; спокойствие Ваше продолжает возрастать. Исчезают всяческие волнения, раздражения. Вы становитесь необыкновенно спокойным, уравновешенным человеком. Ваше спокойствие под влиянием моих внушений продолжает возрастать и становится более выраженным, более постоянным, более устойчивым. И на фоне возрастающего спокойствия, стойкости и выносливости, под влиянием моих внушений начинает выравниваться Ваше настроение, появляется чувство жизнерадостности. Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали в период Вашего прежнего здорового состояния, то есть Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным человеком. В последующие сеансы Ваше ощущение прежнего, здорового самочувствия будет возрастать. И чем более здоровым человеком Вы будете чувствовать себя, тем быстрее нормализуется Ваш ночной сон.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше по-прежнему сосредоточено на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я буду говорить».

Далее внушения нацелены на уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы чувствуете себя совершенно здоровым человеком. И на фоне этого здорового самоощущения, под влиянием моих внушений, начинают уравниваться основные нервные процессы — тормозной и возбуждающий — центральной нервной системы. Продолжают уравниваться те нервные процессы, которые мы, медики, с полным основанием называем основными нервными процессами.

Тормозной и возбуждающий нервные процессы называются основными потому, что им принадлежит ведущая регулирующая роль всей жизнедеятельности организма. Эти процессы регулируют все функции организма, в том числе и функцию сна; они управляют всеми системами организма, которые регулируют ночной сон человека; и наконец, тормозной и возбуждающий процессы, обеспечивают нормальные взаимоотношения организма с внешней средой, то есть способствуют приспособлению или адаптации организма к условиям внешней среды. Чем больше будут уравниваться, под влиянием моих внушений, тормозной и возбуждающий процессы, тем уровень адаптации организма к условиям внешней среды будет становиться все выше и выше; чем ближе он будет подниматься к прежнему здоровому уровню адаптации, тем быстрее будет нормализовываться Ваш ночной сон.

Чем больше и больше под влиянием моих внушений будут уравниваться тормозной и возбуждающий процессы, тем взаимоотношения между всеми физиологическими и нервно-психическими функциями Вашего организма будут все ближе и ближе к нормальным.

Под влиянием моих внушений нормализуются функции желудочно-кишечной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем организма; выравниваются обменные процессы организма, его витаминный баланс, то есть весь Ваш организм начинает, под влиянием моих внушений, работать как единое, здоровое целое. Следовательно, и ночной сон будет становиться таким, как он был в то время, когда Вы были совершенно здоровым человеком.

Благодаря все большему и большему уравниванию основных нервных процессов (тормозного и возбуждающего) тормозной процесс будет становиться более сильным и, следовательно, его усиление будет способствовать более быстрому и глубокому погружению в сон.

Сон продолжает углубляться, мои внушения все сильнее и сильнее продолжают действовать на Вас; Вы продолжаете все более внимательно прислушиваться к моему голосу и постараетесь все больше и больше вчувствоваться во все то, о чем я буду говорить».

Далее врач продолжает внушения, нацеленные на изменение отношения больного к отдельным болезненным симптомам и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы чувствуете себя совершенно здоровым человеком, весь Ваш организм, все его функции, в том числе и функция сна, полностью нормализовались. И после Вашего

пробуждения от лечебного сна организм будет продолжать работать как совершенно здоровый. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности всего Вашего организма, в том числе и функции сна после пробуждения от лечебного сна, будет являться Ваше спокойствие. Вы спокойно будете продолжать чувствовать себя и после Вашего пробуждения от целебного сна. Вы спокойно будете продолжать чувствовать себя и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего благополучия, и в обстановке, внешне напряженной, экстремальной.

Чувствуя себя совершенно здоровым человеком, Вы все меньше и меньше будете задумываться о своем ночном сне, все меньше и меньше будете думать о необходимости анализировать свой ночной сон.

Ночной сон — это врожденное качество человека. Человек рождается спящим, сон сопровождает человека всю его жизнь. И чем меньше человек задумывается над своим сном, тем он лучше спит. Как бы Вы ни спали в предыдущую ночь, в последующий день Вы полностью перестанете об этом думать, об этом вспоминать. Каждый день, отходя ко сну (ложась спать), Вы перестанете стремиться к быстрому погружению в сон. Укладываясь в постель, Вы будете вспоминать либо об интересных событиях прошедшего дня, либо об интересной, ранее прочитанной Вами книге, об интересном, ранее просмотренном фильме или спектакле; либо Вы будете строить планы на завтрашний день, на перспективу, то есть Вы, ложась спать, будете думать о чем угодно, только не о своем сне и не о необходимости быстрее уснуть. Чем меньше Вы будете стремиться к быстрому погружению в сон, тем ночной сон быстрее будет наступать, становиться глубже и продолжительнее.

В состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы все меньше и меньше будете вспоминать о своем сне. Даже при желании вспомнить о расстроенном сне Вы этого сделать не сможете.

Сон продолжает углубляться, мои внушения продолжают сильнее действовать на Вас; Вы по-прежнему внимательно прислушиваетесь к моему голосу и все больше вчувствуетесь во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушения для повышения интереса больного к обыденным сторонам жизни (VII этап): «Вы продолжаете себя чувствовать легко и свободно, все что было связано с периодом расстройства ночного сна, вытеснилось из Вашего сознания и забылось. Ваши интересы к обыденным сторонам жизни и деятельности, под влиянием моих внушений, приобретают здоровый характер. Вы больше интересуетесь домашними делами, семьей, работой, проявляете все больший и больший интерес к художественной литературе, искусству, телевизионным передачам, прессе, кино и театру, то есть возрастают Ваши интересы ко всему тому, что было Вам интересно в период Вашего полного благополучия. И на данном этапе, под влиянием моих внушений, наряду с возрастанием Ваших интересов ко всему тому, что ранее Вам было интересно, присоединяется интерес к спортивному, физкультурному режиму. С завтрашнего дня рекомендую Вам начать бег трусцой в течение 30 минут и утреннюю зарядку после бега также в течение 30 минут. Занимаясь ежедневно физкультурой, Вы будете способствовать повышению Вашего мышечного тонуса и рефлекторно повышению тонуса клеток мозга. Чем больше будет повышаться тонус клеток мозга, тем быстрее выровняются тормозной и возбуждательный процессы клеток мозга, тем быстрее нормализуется Ваш ночной сон. Строгое соблюдение спортивного режима будет способствовать быстрой нормализации Вашего ночного сна.

Сон продолжает углубляться, общее самочувствие продолжает улучшаться, мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я буду говорить».

Далее врач продолжает внушения, нацеленные на повышение уверенности в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы чувствуете себя легко и свободно. Ваши интересы к обыденным сторонам жизни и деятельности приобрели здоровый характер. Самочувствие Ваше, под влиянием моих внушений, продолжает улучшаться. На фоне улучшающегося состояния здоровья Вы начинаете чувствовать себя более уверенным человеком. Возрастает Ваша уверенность в себе. Исчезают сомнения, проявления самоанализа и копания в себе и в своем ночном сне. Под влиянием моих внушений, на фоне возрастающей уверенности в себе начинает возрастать Ваша уверенность в выздоровлении. Возрастающая Ваша уверенность в выздоровлении будет

способствовать быстрой и окончательной нормализации Вашего ночного сна. Вы должны спать так, как Вы спали в период Вашего полного здоровья, и Вы будете спать, как прежде.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее врач продолжает внушения для повышения роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы чувствуете, что при таком хорошем самочувствии, как сейчас, находясь в состоянии бодрствования и вспоминая о моих внушениях, Вы сможете сами внушить себе все необходимое для того, чтобы регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации для того, чтобы саморегулировать свой ночной сон. И Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, с какой действуют на Вас мои внушения в период сеанса гипноза».

Далее врач продолжает внушения заключительное, обобщающее и пробуждает от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы чувствуете себя легко и свободно; Вы чувствуете себя так, как будто Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала ясной и легкой, тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным. Нормально функционирует центральная нервная система; уравнились тормозной и возбуждающий процессы центральной нервной системы, нормализовалась деятельность всех физиологических процессов организма, в том числе ночной сон, исчезла необходимость контролировать свой ночной сон, думать о нем, исчезла необходимость стремиться быстро уснуть, появился интерес к соблюдению спортивного режима; укрепилась Ваша уверенность в том, что ночной сон Ваш полностью нормализуется, и наконец, Вы чувствуете, что можете управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации для того, чтобы ночной сон был полностью восстановлен, то есть Вы чувствуете себя здоровым, отдохнувшим человеком.

И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в организме не будет, настроение будет ровным, мои внушения будут продолжать действовать на Вас, и Ваши самовнушения будут сохранять свою силу. Вы будете чувствовать себя активным, бодрым, здоровым человеком. Раз! Два!»

Курс обычно состоял из 15 сеансов, в некоторых случаях до 25 сеансов, с последующими подкрепляющими сеансами (1 сеанс в 10 дней). Катамнестические сведения, полученные в разные периоды после окончания лечения больных, страдающих агрипнией, свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемой модели.

8.6. Гипноанализ при эзофагоспазме.

Эзофагоспазм, или, как его часто называют в литературе, кардиоспазм, — это невротическое или, с нашей точки зрения, истерическое расстройство функции пищевода, проявляющееся в виде спазма любой части пищевода, а чаще всего нижней его части, которая соединяется с кардиальным отделом желудка (отсюда термин кардиоспазм). В большинстве своем эзофагоспазм возникает внезапно под влиянием сильной острой психической травмы. По данным Б.Д. Карвасарского (1980), заболевают чаще всего женщины в возрасте 20-30 лет.

Остро возникающий спазм пищевода способствует затруднению в прохождении пищи по пищеводу во время еды. Больные начинают ощущать тяжесть в загрудинной области, появляется ощущение комка в горле, а затем его локализация перемещается в кардиальную часть пищевода. Именно в этой части пищевода пищевой ком задерживается на определенное время (различное для каждого больного). Проталкивание пищевого кома больными сопровождается определенными ритуалами, проявляющимися в напряжении мышц брюшного пресса, всевозможными изгибаниями больного. Больным при этом удается часть пищи протолкнуть в желудок, а остальная выводится из организма при рвоте. Мы наблюдали больных с разной

продолжительностью заболевания. Чаще всего это были больные с непродолжительным сроком болезни. В этих случаях предлагаемая нами модель гипносуггестивной терапии была высокоэффективной.

В случаях, когда давность заболевания 2-5 и более лет, лечение наше оказалось малоэффективным.

Приводим историю болезни: Больной Р., 1927 года рождения, женат, имеет сына, обратился к нам в 1970 г. Работает на административно-хозяйственной работе. Взаимоотношения в семье хорошие. По характеру деспотичный, себялюбивый, крайне эгоистичный. Заболеванию предшествовали тяжелые переживания. Больного в 1967 году обвинили в растрате государственных ценностей в особо крупных размерах. Его привлекли к судебной ответственности. На непродолжительное время он до суда был взят под стражу. Но вскоре обвинение было снято из-за отсутствия улик, и больной был освобожден. Со слов больного в тот период, когда его поместили в следственный изолятор, он начал обращать внимание на затруднение при прохождении пищи по пищеводу. Пища задерживалась в кардиальной части пищевода на непродолжительное время, но «усилием воли» больному удавалось ее проталкивать в желудок. После освобождения из следственного изолятора эти явления постепенно усиливались, тяжелее стало проталкивать пищу, начал остатки ее срыгивать. За помощью не обращался, стеснялся. Ритуалы проталкивания пищи в желудок усложнялись. В результате проведенного исследования был обнаружен дивертикул пищевода в кардиальной части. Проводимое психотерапевтическое лечение эффекта не дало. Больной был проконсультирован опытным хирургом, который рекомендовал больному либо оперативное лечение, либо бужирование. Больной выбрал последнюю рекомендацию. После 1,5-месячного бужирования состояние больного компенсировалось.

Я привел эту историю для того, чтобы врач при затяжном характере заболевания, при наличии дивертикулов не терял времени на лечение больного методом гипносуггестивной терапии, а сразу мог бы рекомендовать больному обратиться к хирургу.

На начальном этапе заболевания мы рекомендуем нашу модель.

На предварительном или подготовительном этапе врач в доступной для больного форме разъясняет больному, что в результате переживаний (стрессовой ситуации) наступило разрегулирование центральной нервной системы, основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. Оба этих процесса значительно ослабли, но тормозной стал значительно слабее возбуждательного, и, кроме того, подвижность этого процесса снизилась, он стал застойным, замедленным. В результате центр, регулирующий перистальтику пищевода, оказался заторможенным и возник спазм пищевода, который мешает перемещению пищи из пищевода в желудок. Эти обстоятельства вызвали чувство настороженности или страха перед задержкой пищи в пищеводе. Этот страх способствует усилению тормозных процессов в центре, регулирующем перистальтику пищевода.

Внушение во время сеанса будет направлено на общее успокоение больного, уравнивание тормозного и возбуждательного процессов; на растормаживание центра, регулирующего перистальтику пищевода, устранение страха перед приемом пищи, так чтобы больной мог спокойно принимать пищу, и она свободно перемещалась по пищеводу и опускалась в желудок.

Затем врач погружает больного в гипнотический сон (II этап).

После погружения больного в лечебный сон врач проводит внушение для общего успокоения больного (III этап): «Вы спите приятным лечебным сном. Все Ваше внимание полностью сосредоточено на моем голосе, Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, о чем я буду говорить.

Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений Вы начинаете обретать чувство общего спокойствия; Ваше спокойствие продолжает возрастать. Исчезают всяческие волнения, раздражения. Ваше спокойствие нарастает и становится более выраженным, более устойчивым, более стабильным. И Вы чувствуете себя не только спокойным человеком, Вы чувствуете себя человеком стойким и выносливым. На фоне возрастающих, под влиянием моих внушений, спокойствия, стойкости, выносливости начинает выравниваться Ваше настроение, появляется жизнерадостность. Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали себя тогда, когда Вы были

совершенно здоровым человеком, то есть, под влиянием моих внушений, у Вас появляется ощущение своего прежнего здорового состояния. Это здоровое ощущение под влиянием моих внушений будет продолжать возрастать, и на фоне здорового ощущения явления спазма в области пищевода будут уменьшаться. Чем более выраженным будет становиться самоощущение здорового состояния, тем быстрее исчезнут явления спазма в области пищевода и тем свободнее пища будет проходить по пищеводу.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает все больше и больше сосредоточиваться на моем голосе; Вы стараетесь как можно глубже вчувствоваться в каждое сказанное мною слово».

Дальнейшее внушение врач нацелено на уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы чувствуете себя сейчас так, как Вы чувствовали тогда, когда были совершенно здоровым человеком. На фоне здорового самоощущения, под влиянием моих внушений, начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный процессы. Уравниваются их сила и их подвижность, то есть тормозной и возбудительный процессы начинают работать так, как они работали в период Вашего прежнего здорового состояния. Уравнивание основных нервных процессов центральной нервной системы — тормозного и возбудительного — имеет очень важное значение для быстрого Вашего выздоровления, так как эти два процесса вполне справедливо называются основными нервными процессами. Этим процессам, принадлежит ведущая регулирующая роль. Они регулируют все функции организма, в том числе и функцию перистальтики пищевода тормозной и возбудительный процессы управляют всеми системами организма, в том числе и системой пищеварения, и наконец, эти процессы обеспечивают нормальные взаимоотношения организма с внешней средой, то есть приспособление (адаптацию) Вашего организма к внешней среде. В связи с тем что при срывах высшей нервной деятельности, то есть при неврозах, уровень адаптации организма к условиям внешней среды падает, его повышение до прежнего здорового уровня будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению. Чем больше под влиянием моих внушений будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы центральной нервной системы, тем выше будет становиться уровень адаптации организма, тем быстрее Вы избавитесь от своей болезни.

Чем больше под влиянием моих внушений будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы центральной нервной системы, тем быстрее восстанавливаются здоровые взаимоотношения между всеми физиологическими и нервно-психическими функциями Вашего организма.

Продолжают уравниваться тормозной и возбудительный процессы, начинает нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта. В связи с уравниванием тормозного и возбудительного процессов полностью растормаживается центр, регулирующий перистальтику пищевода; пища может свободно проходить по пищеводу в желудок. Аппетит становится умеренным, полностью нормализуется деятельность желудка и всего кишечника.

Чем больше нормализуются тормозной и возбудительный процессы, тем быстрее нормализуется деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы, деятельность эндокринного аппарата; выравниваются обменные процессы всего организма, выравнивается его витаминный баланс. То есть все внутренние процессы организма, в том числе и перистальтика пищевода, нормализуются. Организм Ваш работает как единое, здоровое целое. И так же он будет продолжать работать после Вашего пробуждения от лечебного сна.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы продолжаете чувствовать все то, о чем я говорю».

Далее врач продолжает внушать изменения отношения больного к отдельным болезненным симптомам и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Организм Ваш продолжает работать как здоровый организм. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности всего Вашего организма после пробуждения от лечебного сна будет являться Ваше спокойствие. Спокойно Вы будете чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего полного благополучия, и в обстановке внешне напряженной, экстремальной. Особенно

спокойно Вы будете чувствовать себя во время приема пищи, чем спокойнее Вы будете чувствовать себя во время приема пищи, тем меньше будет становиться страх перед приемом пищи. Вы будете все смелее и смелее приступать к еде, пища будет свободно проходить по пищеводу. Сейчас, в данный момент, в период лечебного сна, Вы чувствуете себя совершенно спокойно; основные нервные процессы центральной нервной системы — тормозной и возбудительный — полностью уравнились. Полностью растормозился центр, регулирующий перистальтику пищевода, спазм пищевода устранен, исчезло чувство страха перед приемом пищи. Вы чувствуете, что в настоящее время, под влиянием моих внушений, создались благоприятные условия для нормального прохождения пищи по пищеводу.

Сейчас я буду Вас кормить, и Вы свободно будете глотать пищу, и она будет свободно из пищевода проходить в желудок. Внимание! Приготовиться к приему пищи! (Врач начинает кормить больного твердой пищей. Эти больные легче глотают твердую пищу, чем жидкую. Этот признак является важным дифференциально-диагностическим критерием для исключения органической патологии пищевода. Мы обычно кормим больных отварным, но не переваренным мясом.)

«Вы открываете рот и начинаете пережевывать мясо. Пережевывайте его не очень тщательно. Вы глотаете мясо смело. Заглатывайте его!»

Больной глотает кусочек чуть прожеванного мяса, а врач внимательно следит за тем, как это мясо проходит по пищеводу. Если больной при еде не делает каких-либо усилий и грудная клетка его остается спокойной, врач дает больному 2-3 кусочка мяса и на этом останавливает кормление.

Врач продолжает внушение: «Вы сейчас съели несколько кусочков мяса и Вы чувствовали, как пища свободно проходила по пищеводу, так же свободно она будет проходить по пищеводу и в состоянии бодрствования.

Под влиянием моих внушений в период бодрствования Вы будете все меньше вспоминать о затруднениях при приеме пищи. Весь период болезни будет все больше и больше вытесняться из Вашего сознания.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Дальнейшее внушение нацелено на повышение интереса больного к обыденным сторонам жизни и деятельности (VII этап): «Вы чувствуете себя легко и спокойно, весь период болезни вытеснился из Вашего сознания. Вы забыли о тех затруднениях, которые вы испытывали во время приема пищи. Ваши общие интересы, под влиянием моих внушений, приобретают прежний характер. Вы больше интересуетесь семьей, работой, литературой, искусством, телевизионными передачами, театром и кино, прессой и т.д. Дома Вы будете продолжать принимать пищу 3-4 раза в день, соблюдая те же условия, что и во время приема пищи в период лечебного сна, то есть Вы будете есть отварное мясо по несколько кусочков на каждый прием пищи.

Сон углубляется, внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе, Вы все больше и больше продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение уверенности в себе, уверенности в выздоровлении (VIII этап): «В состоянии бодрствования, под влиянием моих внушений, Ваша уверенность в себе будет продолжать возрастать; будет продолжать возрастать Ваша уверенность в том, что Вы сможете принимать пищу свободно, и пища без всяких затруднений свободно и легко будет перемещаться по пищеводу и опускаться в желудок. Возрастающая Ваша уверенность в выздоровлении будет способствовать быстрейшему, полному и окончательному Вашему выздоровлению. Вы должны быть здоровым человеком, и Вы будете совершенно здоровым!

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы стараетесь как можно быстрее вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач внушает повышение роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы чувствуете себя легко и спокойно и так же будете чувствовать себя в состоянии бодрствования. И в бодром состоянии всюду, где бы Вы ни находились, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сам внушать себе все необходимое для того, чтобы самому регулировать и управлять нервной

деятельностью и функцией пищеварения. Причем Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, как действуют на Вас мои внушения во время сеанса.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе, Вы все сильнее и глубже чувствуете каждое мое слово».

Сеанс заканчивают резюмирующее внушение и пробуждение от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы чувствуете себя легко и свободно. Вы отдохнули так, как будто Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала ясной и легкой, тело освободилось от посторонних ощущений, в том числе исчезли какие-либо неприятные ощущения в области пищевода. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым и жизнерадостным человеком. Уравновесилась Ваша центральная нервная система, уравновесились основные нервные процессы: тормозной и возбуждающий; полностью растормозился центр в мозге, регулирующий перистальтику пищевода, исчез спазм пищевода, исчез страх перед приемом пищи. Вы все меньше и меньше вспоминаете о тех затруднениях, которые Вы ранее испытывали во время приема пищи. Вы помните об условиях тренировки в приеме пищи в домашних условиях. Вы чувствуете себя более уверенно, возросла Ваша уверенность в полном и окончательном Вашем выздоровлении. Вы чувствуете, наконец, что Вы сможете сами регулировать и управлять приемом пищи, то есть Вы чувствуете себя здоровым, отдохнувшим человеком. И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в теле, в том числе в пищеводе, не будет. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас и в состоянии бодрствования. И Ваши самовнушения на Вас будут действовать с такой же силой, с какой действуют на Вас мои внушения во время сеанса. Вы сами сможете себе внушить все необходимое для того, чтобы управлять функцией пищеварения. Раз! Два!»

После пробуждения от сна врач вновь кормит больного точно так же, как и во время сеанса, и дает больному рекомендации по питанию в домашних условиях.

Несмотря на то, что лечебный эффект наступал уже после первых сеансов гипносуггестивной терапии, мы проводили 15 сеансов через день.

8.7. Гипноанализ при анорексии.

Впервые больные анорексией («нервной чахоткой»), с прогрессирующим похуданием, потерей аппетита, угнетением пищеварения и отсутствием признаков лихорадки, кашля или одышки описаны в работах Мортон (1689). На высоте кахексии эти больные напоминали скелет, «задрапированный в собственную кожу».

Nodou (1789) описал заболевание, главной особенностью которого было необычное отвращение пациента к пище. Появление его он связывал с особенной «истерической аффективностью».

Началом систематического изучения клиники нервной анорексии явились работы французского психиатра Sch. Lasequa (1873) и английского психиатра W. Gull (1874), которые независимо друг от друга описали две поразительно сходные картины болезни. Gull назвал впервые эту болезнь «нервной анорексией». С того времени термин этот закрепился в мировой литературе. Только французские психиатры чаще пользуются термином «психическая анорексия».

По мнению большинства исследователей, это заболевание начинается чаще всего в период полового созревания (12-15 лет) преимущественно у девушек обычно с отказа от приема пищи. В большинстве своем это было обусловлено стремлением подростков к похудению.

Г.К. Ушаков (1978) отмечал, что инициальные симптомы болезни нередко возникают задолго до появления первых признаков собственно анорексии. Еще за 1-2 года до этого подростки обнаруживают повышенную раздражительность, недостаточную сдержанность, обостренную прямолинейность, которая нередко выливается в бестактность, грубость. Появляются также не свойственные им ранее колебания настроения, возникающие без видимого повода, а иногда в связи с

возникновением малосущественных психотравмирующих обстоятельств. В манифестном периоде болезни обостряются характерологические особенности. Некоторые авторы относят обостренные характерологические особенности к истерическому, другие — к психоастеническому кругу. По нашему мнению, «психическая анорексия» встречается в случаях, когда идет развитие процессуального заболевания, шизофрении, и мотивами анорексии является отказ от пищи по бредовым мотивам.

Что касается «нервной анорексии», то, с нашей точки зрения, она может быть конституционно обусловленной и часто психогенно обусловленной или подлинно невротической.

Толчком к началу заболевания у большинства детей являлись случайно оброненные окружающими замечания, что они слишком «толстенькие», «жирненькие». Эти больные начинают ограничивать себя в еде. Вначале дети стараются уменьшить количество принимаемой пищи, а затем начинают исключать отдельные виды ее, а именно более калорийные. В последнюю очередь они начинают сокращать и малокалорийную пищу. Находясь уже в стационаре, эти юноши, девушки почти полностью отказываются от приема пищи, ухищряясь прятать и выбрасывать ее незаметно для окружающих. Часто, если им не удастся выбросить или спрятать пищу, после вынужденного ее приема убегают в туалетную комнату, где стараются вызвать рвоту. Кожа становится бледно-сероватого цвета, нарастают явления кахексии. У большинства больных сохраняется аппетит. Они плачут от голода, но настойчиво сдерживают себя. Чтобы заглушить чувство голода, некоторые больные длительное время разжевывают пищу, подолгу задерживая ее во рту, проглатывая мелкими кусочками на протяжении нескольких часов. Больные проявляют в это время гиперактивность для того, чтобы сбавлять вес. При выраженной активности у них выявляется депрессивный фон настроения, а нередко явления напряжения и тревоги. В связи с тем что родные проявляют активную настойчивость в кормлении, позже появляется негативное, холодное отношение к ним.

Больные становятся замкнутыми, отгороженными, избегают встреч с родственниками и друзьями. Больные, уже при нарастающих явлениях кахексии, сохраняют хорошую успеваемость, благодаря стремлению вести активную жизнь, много занимаются. Кожа становится сухой, шелушащейся, с землистым оттенком, появляется пигментация в области поясницы, конечности холодные, в ряде случаев отмечается гипертрихоз.

Мы привели описание клинической картины больных с так называемой конституционально обусловленной «невротической анорексией». Подлинно «невротическая анорексия», наблюдаемая нами, имеет несколько другие особенности. Она начинается в том же 12-15-летнем возрасте у девочек и мальчиков с выраженными истероидными чертами характера после каких-либо психотравм, довольно сильных переживаний. Начало характеризуется появлением неукротимой рвоты. Вначале рвота появляется только во время приема пищи, а затем даже при виде пищи. Причем неукротимая рвота носит все более затяжной характер и вызывает болевой синдром. Появляется чувство страха перед приемом пищи, которое нарастает и способствует постепенному снижению аппетита. В период возникновения выраженного болезненного состояния у больных появляется полное отвращение к пище, явления кахексии. Эти больные малоподвижны, депримированы, ищут сочувствия у окружающих, просят помочь им. Они, как правило, не сопротивляются при введении пищи per clisma. Охотно соглашаются лечиться.

Наша «модель» разработана именно для таких истинно «невротических анорексий».

Во время подготовительного или предварительного I этапа, врач разъясняет больному, что у здорового человека работой желудочно-кишечного тракта, как и работой других внутренних органов в том числе (перистальтикой) стенок желудка, руководит центральная нервная система. Пища, попадая в желудок, обрабатывается соками и переваривается определенное время, по истечении которого по команде из центра сокращаются стенки желудка, и пища проталкивается дальше в кишечник.

Что же происходит с актом пищеварения у Вас? В результате стрессовой ситуации наступил срыв центральной нервной системы, то есть разрегулировались основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий. Тормозной процесс стал слабее и менее подвижным, в результате центр,

регулирующий перистальтику (сокращение) стенок желудка, оказался заторможенным и пища, проникая в желудок, еще не успев перевариться, в связи с сокращением стенок желудка выбрасывается наружу, вызывая болевой синдром. Страх, чувство настороженности к возможному выбросу пищи из желудка и появлению боли поддерживает инертный тормозной процесс в центре, регулирующем перистальтику стенок желудка и аппетит. Для того чтобы устранить рвотный рефлекс, снять болевой синдром и нормализовать аппетит, я должен буду во время внушения в лечебном сне полностью Вас успокоить, уравновесить тормозной и возбудительный процессы центральной нервной системы, нормализовать их силу и подвижность, устранить страх перед рвотным рефлексом и нормализовать аппетит.

Затем врач погружает больного в состояние лечебного сна (II этап) и продолжает внушение для общего успокоения больного (III этап) «Вы спите приятным лечебным сном. Все Ваше внимание полностью сосредоточено на моем голосе; Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, что я буду говорить.

Вы начинаете чувствовать как под влиянием моих внушений, в этом приятном лечебном сне Вы начинаете обретать чувство полного спокойствия. Спокойствие Ваше под влиянием моих внушений продолжает возрастать. Исчезают какие-либо волнения, раздражения. Вы продолжаете чувствовать себя спокойно, легко. Спокойствие Ваше возрастает и становится более выраженным, более устойчивым. И Вы чувствуете себя более спокойным, более стойким и более выносливым. На фоне возрастающего спокойствия, стойкости и выносливости под влиянием моих внушений начинает повышаться настроение. Вы начинаете обретать жизнерадостность, то есть Вы начинаете чувствовать себя в этом замечательном лечебном сне так, как Вы чувствовали себя в период Вашего прежнего здорового состояния. Под влиянием моих внушений ощущение прежнего здорового состояния нарастает и будет продолжать нарастать. И на фоне нарастающего ощущения прежнего здорового самочувствия начинает нормализоваться функция пищеварения. Чем более выраженным будет становиться Ваше здоровое самоощущение, тем быстрее нормализуется функция пищеварения.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы все больше и больше продолжаете вчувствоваться в каждое сказанное мною слово».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы продолжаете чувствовать себя так, как прежде, в период Вашего полного благополучия. И на фоне этого здорового самочувствия под влиянием моих внушений начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный. В связи с тем что под влиянием различных переживаний наступила разрегулированность этих процессов, что привело к определенному невротическому, функциональному болезненному состоянию, уравнивание этих процессов играет важную роль в выздоровлении. В настоящее время тормозной и возбудительный процессы несколько ослабели, а тормозной процесс потерял прежнюю подвижность, он стал инертным, малоподвижным. В результате чего оказался заторможенным центр в мозге, регулирующий сокращение (перистальтику) стенок желудка и пищевода, и тем самым вызывался рвотный рефлекс. Уравнивание основных нервных процессов, под влиянием моих внушений, имеет первостепенное значение в Вашем быстрейшем выздоровлении в связи с тем, что эти два процесса — тормозной и возбудительный — по праву называются основными нервными процессами. Тормозной и возбудительный процессы, регулируют все функции организма, в том числе и функцию пищеварения, Они управляют всеми системами организма, в том числе и деятельностью всего желудочно-кишечного тракта. И наконец, эти нервные процессы обеспечивают нормальные взаимоотношения Вашего организма с внешней средой, то есть они способствуют приспособлению (адаптации) Вашего организма к условиям внешней среды.

Чем больше под влиянием моих внушений будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы, тем выше будет становиться уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды. Он постепенно будет продолжать повышаться до прежнего, здорового уровня. И чем больше он будет приближаться к прежнему здоровому уровню, тем быстрее Вы станете абсолютно здоровым человеком. И вся жизнедеятельность Вашего организма в связи с увеличивающимся равновесием

между тормозным и возбуждательным процессами, под влиянием моих внушений, будет все больше и больше нормализоваться. Под влиянием моих внушений, на фоне общего спокойствия начинает нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта. Усиливаются слюноотделение и сокоотделение. В большем количестве начинают выделяться желудочный сок, сок поджелудочной железы и желчь. В связи с увеличением слюноотделения и сокоотделения аппетит возрастает, улучшается процесс переваривания пищи, перистальтика пищевода и желудка будет в значительной степени уменьшаться и будут уменьшаться позывы на рвоту. Под влиянием моих внушений нормализуется жизнедеятельность всего желудочно-кишечного тракта. Чем больше под влиянием моих внушений нормализуются деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы, эндокринного аппарата, обменные процессы организма, его витаминный баланс, тем жизнедеятельность всего Вашего организма будет все ближе и ближе к прежней, нормальной. Весь Ваш организм будет работать как единое, здоровое целое.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете вчувствоваться во все то, о чем я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушение V и VI этапов — этапов изменения отношения больного к отдельным болезненным симптомам и к болезни в целом: «Вы продолжаете себя чувствовать легко и спокойно. Организм Ваш продолжает работать как единое здоровое целое.

Нормальная жизнедеятельность Вашего организма будет сохраняться и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности организма будет Ваше спокойствие. Вы будете спокойно чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего полного благополучия и в обстановке внешне напряженной, экстремальной. Особенно спокойно Вы будете чувствовать себя в то время, когда Вы будете принимать пищу. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя во время приема пищи, чем больше будут уравновешены основные нервные процессы (тормозной и возбуждательный), тем меньше будет заторможен центр, регулирующий сокращение (перистальтику) стенок пищевода и желудка, тем слабее будет страх перед возможным появлением рвоты. И Ваше спокойствие будет показателем быстрой нормализации всего процесса пищеварения.

И вот сейчас, когда Вы продолжаете находиться в состоянии приятного лечебного сна, Вы продолжаете внимательно прислушиваться к каждому моему слову, все больше и больше вчувствуетесь во все то, о чем я говорю, Вы чувствуете себя совершенно спокойным человеком. Вас ничто не волнует, ничто не раздражает, настроение остается ровным, полностью уравновесились основные нервные процессы в центральной нервной системе: тормозной и раздражительный. Растормозился полностью центр, регулирующий сокращение стенок пищевода и желудка, исчезло чувство страха перед приемом пищи, перед возможным появлением рвоты. Нормально работает весь Ваш желудочно-кишечный тракт, аппетит продолжает повышаться. Сейчас, во время лечебного сна, я буду Вас кормить. Откройте, пожалуйста, рот, возьмите ложку жидкой манной каши и задержите ее во рту, долго и тщательно прожевывая ее». (Врач кормит больного жидкой манной кашей и внимательно следит за тем, как больной ест.) «Заглатывайте спокойно пищу». Если при проглатывании пищи каких-либо позывов на рвоту не отмечается, врач продолжает кормить больного, но дает больному не более трех ложек каши. После легкого и свободного прохождения пищи в желудок врач продолжает: «Вы сейчас с большим удовольствием съели три ложки каши, пища свободно прошла по пищеводу в желудок и сейчас переваривается. Больше никаких затруднений в переваривании пищи у Вас не будет. С каждым последующим сеансом Вы будете чувствовать себя все лучше и лучше. Аппетит будет возрастать, Вы будете увереннее принимать пищу.

Вы продолжаете углубляться в лечебный сон; внимание Ваше все больше сосредоточивается на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, о чем я говорю. Вы чувствуете себя легко и спокойно. Вы стараетесь все меньше и меньше думать о своем болезненном состоянии. Весь период болезни под влиянием моих внушений вытесняется из Вашего сознания. Вы сейчас пытаетесь вспомнить о затруднениях при приеме пищи и не можете. Точно так же в состоянии бодрствования Вы не сможете вспомнить о затруднениях при приеме пищи.

Чем меньше Вы будете вспоминать о своей болезни, тем быстрее Вы преодолеете все болезненные затруднения, имевшие место ранее при еде.

Сон продолжает углубляться, Вы все больше и больше прислушиваетесь ко всему тому, что я говорю, и вчувствуетесь все больше и больше в каждое мое слово».

Далее врач продолжает внушения для повышения интереса больного к обыденным сторонам жизни (VII этап): «Вы чувствуете себя легко и спокойно. Весь период болезни вытеснился из Вашего сознания и забылся. Все Ваши интересы, под влиянием моих внушений, начинают приобретать прежний здоровый характер. У Вас пробуждается интерес к семье и дому, к работе, литературе, искусству, телевизионным передачам, прессе и т.д. Наряду с перечисленными интересами, под влиянием моих внушений, у Вас будет пробуждаться интерес к систематическим занятиям спортом; к соблюдению спортивного, физкультурного режима. Спорт полезен каждому здоровому человеку, вдвойне он полезен человеку, страдающему тем или иным неврозом. Занимаясь ежедневно физкультурой, Вы будете способствовать тем самым повышению мышечного тонуса. При повышении мышечного тонуса, рефлекторно будет повышаться тонус клеток мозга. На уровне повышающегося тонуса клеток мозга быстрее устраняются любые невротические симптомы, в том числе и те симптомы, которые затрудняли Ваше питание. Строгое соблюдение спортивного режима будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению.

Сон продолжает углубляться; Вы все с большим вниманием продолжаете сосредоточиваться на моем голосе и все больше и больше вчувствуетесь во все то, что я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на укрепления уверенности больного в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя спокойным, уравновешенным, жизнерадостным человеком. На фоне возрастающего спокойствия Вы начинаете под влиянием моих внушений чувствовать себя все более уверенным в себе человеком. Возрастает Ваша уверенность в том, что Вы полностью избавитесь от затруднений, связанных с функцией питания. И чем больше Вы будете уверены в выздоровлении, тем быстрее Вы станете совершенно здоровым человеком, Вы должны быть здоровым человеком и будете здоровым!

Сон углубляется, внимание Ваше все больше сосредоточивается на моем голосе, Вы все больше вчувствуетесь в каждое мое слово».

Врач внушает повышение роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, Вы чувствуете себя жизнерадостно и уверенно, Вы чувствуете себя здоровым человеком. И в состоянии бодрствования Вы будете продолжать чувствовать себя здоровым человеком. И где бы Вы ни находились в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы самому регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе и в ситуации приема пищи. Причем Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой силой, как мои внушения действуют на Вас в настоящее время, в период проведения сеанса.

Сон продолжает углубляться. Вы продолжаете внимательно слушать меня и вчувствоваться в каждое мое слово».

Врач заканчивает резюмирующим внушением и пробуждением от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы чувствуете себя необыкновенно легко и свободно. Вы чувствуете себя сейчас так, как будто Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала необыкновенно ясной и легкой.

Тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым и жизнерадостным. Полностью уравновесились основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий. Растормозился полностью центр, регулирующий сокращение стенок пищевода и желудка, нормализовался аппетит, исчезло чувство страха перед приемом пищи и перед возможным появлением рвоты. Весь период Вашей болезни полностью вытеснился из Вашего сознания и забылся. Ваши жизненные интересы приобрели прежний здоровый характер. Вы отдаете себе ясный отчет в важности соблюдения спортивного режима для быстрейшего Вашего выздоровления. Вы чувствуете себя уверенно. Вы чувствуете, что сможете самостоятельно регулировать и управлять

своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе и во время приема пищи. Вы чувствуете себя здоровым, отдохнувшим человеком.

И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в теле не будет, настроение будет ровным. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас всюду, где бы Вы ни находились, и Вы сможете внушать себе все необходимое для того, чтобы регулировать и управлять деятельностью Вашего желудочно-кишечного тракта. Раз! Два!»

После пробуждения от лечебного сна врач повторно кормит больного, дав ему не более 3 ложек жидкой манной каши. Врач рекомендует дома продолжать принимать любую жидкую пищу, постепенно увеличивая ее количество.

Курс лечения включал 15-20 сеансов гипносуггестивной терапии. Проводимое нами лечение по приведенной выше модели оказалось высокоэффективным.

8.8. Гипноанализ при невротических тиках.

Особенности невротических тиков были описаны нами выше.

По своему внешнему проявлению тики напоминают защитный рефлекс. В нашей практической деятельности чаще всего встречался мигательный тик. При нем движения закрывания век очень сильны и чрезвычайно быстры. Протекают тики в виде серий повторных движений, отделенных одна от другой паузой.

Иногда тиковые движения скорее напоминают «тоническое, иногда клоническое движение, хотя и не вполне с ним тождественны». Тиковые движения в этих случаях часто производят впечатление неестественных двигательных актов. Углубленное изучение анамнеза этих детей позволяет обычно даже в случаях, напоминающих как будто защитный рефлекс, вскрыть иную причину.

Фридрих (1865) описал ребенка, у которого возникли тики поворота туловища вокруг своей оси и тиковые гримасы в лице. Симптомы появились после того, как он испытал страх в связи с потерей в лесу своей шляпы, которая зацепилась за сук дерева и которую он не мог достать.

В большинстве своем возникновение заболевания легко связать с психической травмой, но иногда эта связь очень сложна и распознается не сразу.

Hamburger (1926) указывал на то, что в ряде случаев возникновение тика и вовсе не является защитным рефлексом, так как он вызывается иными причинами. Так, он сообщает об одном мальчике, у которого был тик, имитирующий его желание освободиться от стесняющей его шляпы. На самом деле оказалось, что тик возник в связи с тем, что мальчику эта шляпа не нравилась, он считал, что шляпа ему не идет, и это ранило его самолюбие. Причины возникновения тиков крайне многообразны, но их патофизиологические механизмы едины. Под влиянием психической травмы создается сильный очаг возбуждения в коре головного мозга с разлитым торможением вокруг и с положительной индукцией на двигательную область, результатом чего и являются тики.

Тики возникают чаще в определенные периоды возрастных кризов (6-7 лет, 13-15 лет). У детей, заболевших тиками, одновременно или до возникновения симптома нередко отмечаются другие признаки невроза: недержание мочи, онанизм, депрессивное состояние, трудности воспитания, моторное беспокойство, псевдологические черты и т.д.

Попытки удержаться от тиков ведут обычно к чувству напряженности, внутреннего беспокойства, тревоги. При отвлечении внимания тики уменьшаются, во сне исчезают полностью.

Bollea, Strazzeri (1955) отмечали, что изучение анамнеза детей, переболевших тиками, показало, что у этих детей в зрелом возрасте появлялись навязчивые страхи, аффективные расстройства. В связи с тем что наиболее частыми тиками в наших наблюдениях были тики мигательные, мы приводим модель гипносуггестивной терапии именно мигательных тиков.

На этапе I, предварительном или подготовительном, врач разъясняет больному, что в результате переживаний, волнений (указывается в каждом конкретном случае

содержание переживаний) наступает срыв высшей нервной деятельности, следствием которого является разрегулирование основных нервных процессов центральной нервной системы: тормозного и возбуждательного, ослабление тормозного процесса. Возбуждательный процесс преобладает над тормозным и становится менее подвижным, особенно в центре, регулирующем движение век. Желание больного задержать тик усилием воли приводит к усилению тиков.

Для того чтобы избавить больного от тиков, врач разъясняет больному, что ему необходимо своими внушениями успокоить больного, уравновесить тормозной и возбуждательный процессы, повысить их силу, ликвидировать инертность возбуждательного процесса, нормализовать деятельность центра, регулирующего движение век, изменить отношение больного к тикам и тем самым освободить больного от них.

Далее врач погружает больного в состояние лечебного сна (гипноза) II этап и начинает внушение, нацеленное на общее успокоение больного (III этап): «Сон продолжает углубляться, мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас; внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе; Вы все больше и больше вчувствуетесь во все то, что я Вам говорю.

Вы чувствуете, как в этом замечательном лечебном сне, под влиянием моих внушений, Вы начинаете обретать чувство общего спокойствия. Спокойствие Ваше продолжает возрастать и становится более выраженным и стойким. И Вы начинаете чувствовать себя спокойным, стойким, выносливым человеком. На фоне возрастающего спокойствия, стойкости и выносливости, под влиянием моих внушений, начинает выравниваться настроение, появляется жизнерадостность. Вы начинаете чувствовать себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным человеком, то есть Вы начинаете чувствовать себя так, как должен чувствовать себя здоровый человек. Под влиянием моих внушений появляется и будет продолжать стабилизироваться ощущение своего здорового самочувствия; чем более спокойным и уравновешенным человеком Вы будете становиться, чем больше будет возрастать самоощущение своего здорового состояния, тем быстрее Вы избавитесь от тиков.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает все больше и больше сосредоточиваться на моем голосе, Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Врач продолжает внушать уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы продолжаете чувствовать себя необыкновенно легко и спокойно. Спокойствие продолжает возрастать. На фоне возрастающего спокойствия, под влиянием моих внушений, начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждательный. Уравниваются те нервные процессы, которые нами, медиками, по праву называются основными нервными процессами; они называются основными потому, что им, этим двум нервным процессам, принадлежит ведущая, регулирующая роль. Эти процессы: регулируют все функции организма, они управляют всеми системами организма и, наконец, тормозной и возбуждательный процессы обеспечивают нормальные взаимоотношения организма человека, то есть Вашего организма, с внешней средой. Эти нервные процессы способствуют Вашему приспособлению или адаптации к условиям внешней среды.

Чем больше и больше, под влиянием моих внушений, будут уравниваться тормозной и возбуждательный процессы, тем уровень приспособления или адаптации Вашего организма к внешней среде будет подниматься все выше и выше. Повышение уровня адаптации организма до прежнего здорового уровня имеет очень важное значение для быстрого Вашего выздоровления, для быстрого устранения тиков.

Наряду с уравниванием тормозного и возбуждательного процессов, под влиянием моих внушений будут также нормализоваться основные качества нервных процессов, их сила и подвижность. Уравнивание силы и подвижности нервных процессов будет способствовать быстрейшей нормализации деятельности центра, регулирующего движение век, быстрейшему исчезновению тиков.

Чем быстрее будут уравниваться тормозной и возбуждательный процессы, тем быстрее будут нормализоваться все физиологические процессы организма. Под влиянием моих внушений нормализуются деятельность желудочно-кишечного тракта,

сердечно-сосудистой системы и эндокринного аппарата, обменные процессы всего организма, его витаминный баланс.

Под влиянием моих внушений Ваш организм в настоящее время работает как единое, здоровое целое.

Сон Ваш продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение изменения отношения больного к отдельным болезненным расстройствам и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы чувствуете себя легко и спокойно. Организм Ваш продолжает работать как здоровый. Точно так же, как работает в настоящее время Ваш организм, он будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющейся после пробуждения от лечебного сна нормальной жизнедеятельности Вашего организма будет Ваше спокойствие. Спокойно Вы будете чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и в школе, и в обстановке внешнего полного благополучия, и в обстановке внешне напряженной, экстремальной. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя, тем спокойнее Вы будете реагировать на внешние, даже чрезвычайно сильные раздражители, особенно спокойно Вы будете реагировать на те болезненные расстройства, которые явились поводом Вашего обращения ко мне. Тики Вас больше волновать и тревожить не будут, Вы будете воспринимать их с исключительным спокойствием и перестанете вести борьбу с ними, перестанете стремиться к тому, чтобы от них освободиться. Чем спокойнее Вы будете их воспринимать, чем меньше Вы будете противодействовать им, тем они будут становиться слабее, появляться реже и реже. Уже во время первого сеанса начался процесс угасания тиков. И он будет продолжаться в последующие сеансы до полного их исчезновения.

Вы продолжаете углубляться в приятный лечебный сон. Продолжаете чувствовать себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным, здоровым человеком; уравнились полностью тормозной и возбуждающий процессы, восстановилась их сила и подвижность, устранена «инертность» возбуждающего процесса в центре, регулирующем движение век. Веки Ваши стали необыкновенно спокойными и легкими, тики полностью исчезли. Сейчас, по моей команде, Вы откроете глаза легко, без какого-либо напряжения. Веки будут продолжать оставаться спокойными и легкими, тиков не будет. Открывайте, пожалуйста, глаза. Больной открывает глаза, тиков нет, врач 10-15 секунд разрешает держать глаза открытыми, а затем продолжает внушение: «Закройте глаза, веки остаются спокойными и легкими, тиков по-прежнему нет». Далее врач еще 2-3 раза предлагает больному то открыть глаза, то закрыть их, а затем, когда больной в очередной раз закрыл глаза, продолжает внушение: «Вы только что по моей команде открывали и закрывали глаза несколько раз подряд. Глаза Ваши оставались спокойными, веки легкими, тики отсутствовали. Точно так же после Вашего пробуждения от лечебного сна глаза будут спокойными, веки легкими, тиков не будет. Вы в состоянии бодрствования все меньше и меньше вспоминать о своих тиках, о болезни в целом. И чем меньше Вы будете вспоминать обо всем периоде болезни, тем быстрее Вы полностью и навсегда освободитесь от тиков.

Сон продолжает углубляться, мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас. Внимание Ваше все больше и больше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я буду говорить».

Далее проводится внушение на повышения интереса больного к обыденным сторонам жизни и к учебе (VII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Нормально продолжает работать Ваша центральная нервная система, нормально регулируются движения век, тики отсутствуют. Вы перестали полностью вспоминать обо всем периоде болезни. Все Ваши интересы, под влиянием моих внушений, возрастают к обыденным сторонам жизни и к учебе, Вы больше будете проявлять интерес к родным, к учебе, к телевизионным передачам, к чтению и т.д. Ваши повышающиеся жизненные интересы способствуют быстрейшему Вашему выздоровлению.

Сон продолжает углубляться, внимание все больше и больше сосредоточивается на моем голосе, Вы продолжаете вчувствоваться во все то, о чем я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушать повышение уверенности в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Спокойствие Ваше продолжает возрастать. На фоне возрастающего спокойствия, под влиянием моих внушений, начинает возрастать Ваша уверенность в себе, уверенность в полном и окончательном выздоровлении. Вы должны быть здоровым, и Вы будете совершенно здоровым человеком.

Сон продолжает углубляться. Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете чувствовать во все то, о чем я говорю».

Затем врач проводит внушение, нацеленное на повышение роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко, спокойно, уверенно. И точно так же Вы будете чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна. И в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы сможете сами внушить себе все необходимое для того, чтобы самостоятельно регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации. И Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, как действуют на Вас мои внушения в период сеанса.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше по-прежнему сосредоточено на моем голосе, Вы продолжаете чувствовать во все то, что я Вам говорю».

Далее врач продолжает резюмирующее внушение и пробуждает больного от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Вы чувствуете себя так, как будто бы Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала необыкновенно ясной и легкой, мысли четкими. Тело освободилось от каких-либо посторонних ощущений, веки легкие, глаза спокойные. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным. Полностью уравнились основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий, нормализовались их сила и подвижность, нормализовалась деятельность центра, регулирующего движения век, веки стали легкими, тики исчезли. Даже при появлении тиков Вы будете спокойно воспринимать их, все меньше Вы будете думать о тиках и обо всем периоде болезни. Ваши интересы обрели совершенно здоровый, прежний характер. Вы уверены в том, что Вы избавитесь полностью от тиков; Вы чувствуете, что Вы можете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы самому регулировать и самому управлять своей нервной деятельностью, регулировать движения век.

Вы чувствуете себя отдохнувшим здоровым человеком.

И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя совершенно здоровым человеком и освободились от тиков, я считаю до двух, Вы проснетесь в прекраснейшем состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в теле не будет, Ваши веки будут оставаться легкими, глаза спокойными, тиков наблюдаться не будет. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас, и Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, как мои внушения действовали на Вас в период сеанса. Вы будете испытывать необыкновенный прилив энергии, бодрости, силы. Раз! Два!»

Лечение проводилось от 10 до 15 сеансов через день. Катамнестические данные свидетельствуют о высокой эффективности предлагаемой модели гипносуггестивного воздействия.

8.9. Гипноанализ при сексуальных расстройствах у мужчин и женщин.

Проблема сексуальных расстройств у мужчин и женщин требует отдельного всестороннего рассмотрения.

В нашем коротком предисловии перед описанием моделей психотерапевтического воздействия при указанных расстройствах мы попытаемся остановиться лишь на некоторых сторонах этой проблемы, которые, с нашей точки зрения, имеют непосредственное отношение к предлагаемым моделям.

По мнению И.П. Павлова, психическая деятельность человека носит рефлекторный характер. Причем рефлексы делятся на врожденные (безусловные) и приобретенные, временные (условные).

К врожденным (постоянным) рефлексам относятся пищевой, половой и оборонительный рефлексы, то есть человек рождается с готовым половым чувством. При рождении человека это чувство носит бессознательный характер. По мере развития человека половое чувство трансформируется из бессознательного (оральная и анальная эротика, по З. Фрейду, а затем в пубертатном периоде от 13 до 17 лет) в сознательное.

Достигнув возраста половой зрелости, человек начинает искать выход для удовлетворения появившихся у него новых, неизвестных ему потребностей. Несомненным помощником для молодого человека в изыскании выхода из появившихся затруднений должно явиться правильное сексуальное воспитание. Оно должно осуществляться путем получения соответствующего полового просвещения, которое, несомненно, играет огромную роль в воспитании чувств молодого человека. На помощь молодому человеку должны прийти популярная литература, публичные лекции, преподавание в школе и вузе, нацеленное на правильное сексуальное развитие. Постигая гигиенические, психологические и социальные вопросы половой жизни, занимаясь спортом, который оказывает положительное влияние на половую сферу, молодой человек достигает высокой сексуальной и эмоциональной культуры.

Правильно подготовленные к сексуальной жизни молодые люди стремятся создать крепкую семью. Они стремятся к созданию гармоничных сексуальных отношений на долгие годы, понимая, что гармония сексуальных отношений, взаимная любовь и прочная семья являются одной из основ физического и психического здоровья человека.

Однако факты современной жизни убедительно свидетельствуют об обратном: об отсутствии каких-либо знаний у молодых людей по физиологии и гигиене половой жизни, что часто является фоном, на котором любые психотравмирующие ситуации приводят к сексуальным эксцессам и расстройствам сексуальной деятельности у мужчин и женщин.

В обширной литературе по сексологии приводятся разнообразные классификации расстройств половых функций. Но до сих пор не создано какой-то единой общепринятой классификации, ввиду большой полиморфности этиологических факторов.

В своей практической деятельности мы пользуемся классификацией половых расстройств, предложенной в начале XX века Л.Я. Якобзоном (1918, 1926, 1927) и затем видоизмененной Н.В. Ивановым (1966).

Л.Я. Якобзон выделяет следующие формы полового бессилия у мужчин:

1. Психическое бессилие, в этиологии которого решающее значение имеет психогенный фактор;
2. Бессилие вследствие раздражительной слабости;
3. Органическое (механическое) бессилие, при котором половой акт оказывается невозможным в силу различных механических препятствий;
4. Паралитическое бессилие, возникающее вследствие органических заболеваний головного или спинного мозга, в связи с чем нарушается регуляция как эрекционной, так эякуляционной функции.

У женщин Л.Я. Якобзон различает следующие формы расстройства половой функции:

1. Половая холодность (сексуальная фригидность), характеризующаяся отсутствием сексуальных специфических ощущений, обуславливающих наступление оргазма;
2. Вагинизм — возникновение судорожных болезненных сокращений мускулатуры входа во влагалище, стенок влагалища при попытке совершения полового акта.

Н.В. Иванов (1966) характеризовал положительно классификацию половых расстройств у мужчин и женщин, предложенную Л.Я. Якобзоном. Он считал ее заслугой отграничение в ней психогенных, функционально-динамических и органических форм. Но потом предложенная Л.Я. Якобзоном классификация

перестала удовлетворять сексопатологов, поскольку в ней не учитывался патогенез расстройств. Позже появилась классификация половых расстройств И.М. Порудоминского, в которой автор предложил схему классификации расстройств половой функции у мужчин, исходя из учета анатомо-физиологического механизма нарушения функции.

Он выделял следующие формы:

1. Кортикальная (церебральная) импотенция;
2. Спинальная (кортико-спинальная) импотенция;
3. Импотенция вследствие заболевания половых органов (нейро-центральная);
4. Эндокринная импотенция;
5. Импотенция вследствие механических препятствий.

Здесь уже учтены патогенетические варианты расстройств. Но здесь нет акцента на этиологическую сущность болезненных форм.

Н.В. Иванов углубил и расширил понятие кортикальной импотенции.

В этой группе автор выделяет три подгруппы:

1. Импотенция на фоне невроза (неврастении) в качестве одного из его компонентов;
2. Психогенная импотенция, где имеет место заторможенность эрекционной и эякуляционной функций;
3. Соматогенная функционально-динамическая импотенция, в которой нарушение функции обусловлено истощением соответствующих кортикальных или кортико-спинальных систем иннервации сексуальной функции.

8.9.1. Гипноанализ при кортикальной импотенции у мужчин.

Наша модель гипносуггестивной терапии сексуальных расстройств у мужчин не может использоваться для всех форм этих расстройств. Она применима в случаях психогенной импотенции, возникшей вследствие любых переживаний, не способствующих нормальной реализации полового акта.

Расстройства половой функции крайне разнообразны, и каждое из них требует особого лечебного подхода.

На первом месте среди психогенных половых расстройств находятся нарушения, возникающие у лиц, впервые вступающих в интимные отношения. Это касается, прежде всего, людей с тревожно-мнительным характером, имеющих очень слабое представление об интимной жизни. Сексопатологи неудачи первого полового акта такого рода называют «шоковыми» переживаниями.

Еще сильнее переживается кризис в ситуации первой брачной ночи, когда неожиданная неудача ставит под угрозу дальнейшие взаимоотношения. При таких «шоковых» переживаниях наступают резкое снижение эрекции и невозможность совершения полового акта. При этом дополнительные незаслуженные оскорбления неискушенной партнерши усугубляют состояние, способствуя развитию страха перед половым актом.

Мы наблюдали молодую супружескую пару, которая обратилась к нам через несколько дней после вступления в брак. До свадьбы молодые люди встречались в течение года. Прибегали к ласкам, но близости не имели. Молодой человек Ч., 22 года, студент пятого курса технического вуза, а его жена Ч., 19 лет, студентка музыкального училища. Воспитывались в интеллигентных семьях, но сексуального воспитания не получили.

После «утомительной» свадьбы и сильного опьянения молодой супруг не мог вступить в интимные отношения в связи с отсутствием эрекции. В это же время молодая супруга начала оскорблять своего мужа, назвала его импотентом, плакала. Когда на второй день наш больной попытался исполнить уже в трезвом состоянии свои мужские обязанности, у него вновь ничего не получилось. Последующие дни также были безрезультатными. В состоянии эмоционального напряжения молодая супруга втолкнула несколько оробевшего и застенчивого мужа к нам в кабинет, продолжая плакать и оскорблять его, называя импотентом.

После длительных бесед с каждым партнером отдельно врач разъяснил им особенности сексуальных отношений между супругами, технику сексуального процесса и подсказал тактику поведения в нем каждого в отдельности. Через неделю супруги вбежали в кабинет к врачу. Молодожены были жизнерадостными и сообщили, что их интимная связь нормализовалась.

В приведенном случае врачу достаточно было провести одну-единственную беседу, чтобы нормализовать интимные отношения супругов. В случаях когда обращение к врачу происходит на отдаленном этапе после первого сексуального эксцесса, приходится прибегать к проведению гипносуггестивной терапии.

Сначала врач разъясняет супругам (или сексуальным партнерам), каждому в отдельности, технику интимных отношений (I этап).

Врач говорит о том, что основой нормальных сексуальных отношений между мужчиной и женщиной является любовь, то есть то чувство, которое, помимо своих этических, психологических, нравственных сторон, обусловлено сексуальной притягательностью. Сексуальный компонент любовных отношений играет очень важную, цементирующую роль в супружеских взаимоотношениях и укреплении семьи. Сексуальные отношения складываются по-разному, что обусловлено многими факторами. Прежде всего, важным фактором в объединении людей является их соответствие друг другу. Именно сексуально партнеры могут соответствовать, что бывает значительно реже, и могут не соответствовать. В последнем случае возможна гармония сексуальных отношений в том случае, если они овладевают определенными знаниями техники любовных отношений.

Врач подробно разъясняет, что интимные отношения между супругами являются очень тонким и деликатным процессом. Вступающие в интимные отношения супруги должны каждый в отдельности думать о том, как бы в большей степени пробудить половое чувство у своего партнера. Для этого в первый период сексуального процесса — период предварительных ласк — супруги стараются наращивать половое чувство друг друга путем взаимных ласк, прибегая к раздражению эрогенных зон (врач рассказывает о расположении эрогенных зон у супругов). Далее врач говорит о том, что период предварительной ласки должен быть максимально долгим, так как именно в этот период происходит наибольшее наращивание сексуального удовольствия. Чем более продолжительным является период предварительной ласки, тем больше происходит накопление гормонов, тем сильнее и устойчивее у мужчин становится эрекция; следовательно, и более продолжительным будет сам половой акт.

У женщин половое чувство достигает максимума только на высоте взаимных ласк, и тогда появляется возможность взаимного слияния, или второго периода — периода непосредственного полового акта. В этом периоде нарастающее сексуальное удовольствие достигает максимума, и половой акт заканчивается сексуальным удовлетворением — оргазмом.

Третий период — завершающий. Врач разъясняет далее, что после наступления семяизвержения у мужчин и оргазма у женщин у них появляется неоднозначное отношение к половому акту. У женщин — это желание продолжать ласку, а у мужчин появляется состояние апатии (некоторого отвращения к половому акту, но не к женщине). Мужчина должен уметь преодолеть свою апатию и продолжать ласку до полного обоюдного наслаждения, до появления общего расслабления мышц всего тела, чувства истомы, сонливости, наступления сна.

Затем врач дает сексуальной паре наставления каждому в отдельности, как нужно будет им вести себя в сексуальной ситуации во время проводимого лечения. Каждый раз, в зависимости от причин, вызвавших расстройство сексуальной деятельности, врач указывает конкретную форму поведения. В описанном выше случае супругам рекомендовано в течение недели в период интимных отношений максимально продолжительно проводить предварительную ласку без полового акта.

Далее врач разъясняет больному, что у него расстройство сексуальной деятельности носит временный характер и обусловлено лишь функциональными или невротическими нарушениями, наступившими вследствие психических (шоковых) переживаний (каждый раз врач выявляет конкретную психотравму). В результате действия психотравмирующей ситуации наступило разрегулирование центральной нервной системы, основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. Эти два нервных процесса стали слабее, а тормозным процесс потерял свою подвижность,

стал носить застойный характер и обусловил торможение в центре, регулирующем сексуальную функцию (эрекцию и эякуляцию), и появление чувства страха перед половой деятельностью.

Врач далее излагает больному свою задачу при проведении гипносуггестивной терапии, которая состоит в том, чтобы успокоить больного, уравновесить основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, повысить их силу и подвижность, растормозить центр, регулирующий сексуальную функцию, и нормализовать сексуальные отношения.

Далее врач погружает больного в состояние лечебного сна (гипноза) (II этап), а затем продолжает внушения, нацеленные на общее успокоение больного (III этап): «Сон Ваш продолжает углубляться, внимание продолжает сосредотачиваться на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю.

Вы чувствуете, как, под влиянием моих внушений, Вы начинаете обретать чувство полного спокойствия. Спокойствие возрастает, исчезают малейшие волнения, раздражения. Спокойствие не только возрастает, оно становится более выраженным, более устойчивым. И Вы обретаете чувство спокойствия, стойкости, выносливости. На фоне возрастающего спокойствия, стойкости и выносливости начинает выравниваться Ваше настроение, появляется жизнерадостность. Вы чувствуете, как, под влиянием моих внушений, Вы становитесь спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным человеком, то есть Вы начинаете чувствовать себя так, как должен чувствовать себя совершенно здоровый человек, то есть у Вас появляются самоощущения своего прежнего здорового состояния. И чем более спокойным человеком Вы будете становиться, чем больше будет выражено самоощущение здорового состояния, тем быстрее нормализуются Ваши сексуальные отношения.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредотачиваться на моем голосе. Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение для уравновешивания центральной нервной системы (III этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Спокойствие Ваше продолжает возрастать. На фоне возрастающего спокойствия, под влиянием моих внушений, начинает уравновешиваться Ваша центральная нервная система, начинают уравновешиваться ее основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, уравновешиваются их основные свойства, их сила и подвижность. Уравновешивание основных нервных процессов имеет очень важное значение для нормализации всей жизнедеятельности организма. В связи с тем что тормозной и возбудительный процессы регулируют все функции организма, в том числе и сексуальную функцию, эти нервные процессы управляют всеми системами организма, в том числе и системой, регулирующей интимные отношения человека. И наконец, эти два процесса: тормозной и возбудительный — обеспечивают нормальные взаимоотношения Вашего организма с внешней средой, то есть способствуют приспособлению или адаптации организма к внешней среде. Повышение уровня адаптации до здорового будет свидетельствовать о быстрой нормализации жизнедеятельности организма, в том числе и нормализации сексуальной функции. Уравновешивание тормозного и возбудительного процессов будет способствовать также быстрой нормализации взаимоотношений между всеми физиологическими и нервно-психическими функциями организма.

Чем больше и больше будут уравновешиваться, под влиянием моих внушений, тормозной и возбудительные процессы, тем быстрее будет нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринного аппарата. Гормоны уже сейчас начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для полного обеспечения сексуальной функции. Чем больше будут уравновешиваться тормозной и возбудительный процессы, тем быстрее будут нормализоваться обменные процессы Вашего организма и его витаминный баланс, то есть Ваш организм, под влиянием моих внушений, работает как единое, здоровое целое.

Сон продолжает углубляться, мои внушения продолжают сильнее действовать на Вас; внимание все больше и больше сосредотачивается на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач внушает изменение отношения больного к отдельным болезненным симптомам и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы чувствуете себя совершенно

здоровым человеком, полностью нормализовалась вся жизнедеятельность Вашего организма. Нормализованной будет сохраняться жизнедеятельность Вашего организма и после пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности организма в состоянии бодрствования будет Ваше спокойствие. Спокойно Вы будете чувствовать себя всюду, где бы Вы ни находились. Спокойно Вы будете чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке напряженной, экстремальной. Особенно спокойно Вы будете чувствовать себя в той ситуации, где Вы испытали наибольшее волнение, то есть в обстановке интимной близости. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя в этой ситуации, тем страх перед половой деятельностью, чувство настороженности к половому акту будут с каждым последующим сеансом становиться все слабее и слабее. Вступая в интимные отношения, Вы будете заботиться о том, чтобы максимально пробудить половое чувство у своего партнера, и меньше всего будете заботиться о себе. Стараясь как можно больше разбудить половое чувство своего партнера Вы будете стремиться к соблюдению правил техники сексуальных отношений, то есть Вы будете к удлинению периода предварительной ласки. Чем более продолжительным будет становиться период предварительной ласки, тем больше будет выделяться гормонов у партнера и у Вас, тем сильнее будет становиться эрекция полового члена, тем больше Вы и Ваша подруга будете подготовлены к началу полового акта. Никогда не торопитесь начинать половой акт, ибо продолжительный период предварительной ласки дает наибольшее наслаждение в интимных отношениях, наибольшее чувство сладострастия, наибольшую возможность принести своему партнеру максимальное наслаждение. И только тогда, когда Ваше наслаждение будет достигать максимума, Вы спокойно будете приступать непосредственно к половому акту, продолжая думать о том, чтобы «хорошо» было только Вашей подруге. Во время полового акта Вы будете манипулировать различными приемами для удлинения полового акта с одной целью — с целью наибольшего удовлетворения партнера. После наступления семяизвержения старайтесь, несмотря на появившуюся кратковременную апатию к половому акту, продолжать ласки своей подруги до полного обоюдного завершения полового процесса.

Если Вы будете соблюдать все правила техники сексуальных отношений, Ваша половая деятельность будет становиться все более нормальной, все более мощной. Вы будете в последующие сближения чувствовать себя более уверенным человеком. В состоянии бодрствования Вы все меньше и меньше будете вспоминать о тех затруднениях, которые имели место в Вашей половой деятельности. Весь период болезни, под влиянием моих внушений, вытеснился из Вашего сознания и забылся. Даже при желании вспомнить об этом периоде Вы не можете о нем вспомнить. Все забылось.

Сон продолжает углубляться. Внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на моем голосе, Вы все больше и больше продолжаете вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушать повышение интереса больного к обыденным сторонам жизни (VII этап):

«Вы продолжаете чувствовать себя легко и свободно. Весь период болезни вытеснился из Вашего сознания и забылся. Под влиянием моих внушений начинает пробуждаться Ваш интерес к обыденным сторонам жизни и деятельности. Вы больше начинаете интересоваться домом, семьей, работой, литературой и искусством, то есть, под влиянием моих внушений, у Вас начинают пробуждаться Ваши прежние, здоровые интересы. Но, наряду с пробуждающимися прежними здоровыми интересами, под влиянием моих внушений, у Вас начинает пробуждаться интерес к соблюдению физкультурного (спортивного) режима. Спортивный режим имеет очень важное значение в жизни каждого здорового человека, но вдвойне он важен для Вас, болеющего неврозом. (Врач дает рекомендации спортивного режима, указанные в схеме.) Упорно занимаясь спортом, Вы будете способствовать все большему и большему повышению Вашего мышечного тонуса. Чем выше будет становиться Ваш мышечный тонус, тем рефлекторно будет все выше и выше становиться тонус нервных, мозговых клеток, тем лучше будет регулироваться вся жизнедеятельность Вашего организма, тем лучше будут функционировать все системы организма, тем

быстрее нормализуется Ваша сексуальная функция. Спортивный режим будет способствовать закреплению достигнутых результатов лечения.

Сон продолжает углубляться; Вы продолжаете внимательно прислушиваться к моему голосу, продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Затем врач продолжает внушать уверенность в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. На фоне возрастающего спокойствия под влиянием моих внушений Вы начинаете обретать все большую и большую уверенность в себе. Исчезают всяческие сомнения относительно мужских качеств. Уверенность в полноценности своих мужских качеств будет продолжать возрастать с каждым последующим сеансом, ибо оснований для сомнений у Вас нет. Вы совершенно здоровый человек вообще и в сексуальном отношении, в частности. Возрастающая уверенность в выздоровлении будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению. Вы должны быть здоровым человеком, и Вы будете здоровым!

Сон продолжает углубляться, Вы по-прежнему внимательно прислушиваетесь к каждому моему слову и все больше и больше продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач переходит к внушению, нацеленному на повышение роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы чувствуете себя легко, спокойно и уверенно. И в бодром состоянии Вы будете продолжать также чувствовать себя. Всюду, где бы ни находились в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе и в ситуации сексуальной близости. Причем Ваши самовнушения будут на Вас действовать так же сильно, как действуют на Вас мои внушения во время сеанса.

Сон продолжает углубляться; внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете вчувствоваться во все то, о чем я говорю».

Далее врач проводит резюмирующее внушение и пробуждает от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя необыкновенно легко и свободно. Вы чувствуете себя так, как будто бы Вы поспали несколько часов. Голова стала легкой, тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойно, стойко, выносливо, жизнерадостно. Полностью уравновесились основные нервные процессы центральной нервной системы, нормализовались их основные свойства, сила и подвижность, нормализовались все физиологические и нервно-психические функции организма. Нормализовалась деятельность эндокринного аппарата, что естественно способствует повышению Вашей сексуальной активности. Повысились адаптационные функции организма, что также способствует нормализации сексуальных отношений. Исчезло чувство страха и настороженности перед половой близостью. Вы помните все правила соблюдения техники сексуальных отношений; помните о целесообразности соблюдения спортивного режима для полного восстановления Вашей сексуальной деятельности. Вы чувствуете себя человеком, уверенным в том, что Ваша сексуальная функция полностью восстановится. И наконец, Вы чувствуете, что Вы можете сами регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации и особенно в ситуации близости.

Вы чувствуете себя человеком здоровым, отдохнувшим. И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я считаю до двух, и Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в теле не будет. Вы будете чувствовать себя легко и спокойно. Голова Ваша будет ясной, мысли четкими, тело свободным от каких-либо посторонних ощущений. Вы будете испытывать необыкновенный прилив сил, энергии и бодрости. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас с прежней силой, Ваши самовнушения будут оказывать на Вас большое влияние. Вы будете чувствовать себя уверенно и легко. Раз! Два!»

Приведенная выше модель гипноуггестивной терапии импотенции может быть рекомендована для практики в тех случаях расстройств сексуальных функций мужчины, которые относятся к разряду «шоковых», психогенно обусловленных. Что касается ее использования при формах функциональных половых расстройств мужчины, то врач-сексолог должен внести в нее соответствующие коррективы с

учетом причин, вызвавших сексуальное расстройство. В ситуациях, аналогичных описанной у молодых супругов, в VII этапе даются больному рекомендации тактического свойства (описано выше).

8.9.2. Гипноанализ фригидности у женщин.

В сексологической литературе широко освещается проблема фригидности, несмотря на то, что женщин, неполноценных от природы, то есть фригидных, никогда не испытывавших оргазма, встречается не так много.

Это прежде всего касается тех женщин, которые страдают врожденной неполноценностью, проявляющейся недоразвитостью яичников или их полным отсутствием.

У этих женщин, как правило, отмечается недоразвитость груди, низкий рост, явные выраженные признаки инфантилизма психического и физического. Они, как правило, лишены чувства полового влечения, хотя половая жизнь их не тяготит.

По мнению М.И. Вислоцкой (1991 г.), «Эти женщины являются фригидными женщинами в буквальном смысле этого слова. И единственными по-настоящему фригидными женщинами».

С нашей точки зрения описанная выше форма фригидности, которую мы называем **эндокринно-органической**, действительно является единственной, подлинной формой полового расстройства у женщин. Как правило, эта группа женщин редко обращается за помощью к врачу.

Вторая форма названа нами **ложной фригидностью**. К ней относятся те женщины, которые испытывают в интимных отношениях удовольствие, но не могут в категорической форме утверждать, что они в половой жизни получают удовлетворение, то есть чувствуют оргазм.

И наконец, с нашей точки зрения имеет место третья форма фригидности — **невротическая, психогенно обусловленная**, которую некоторые сексопатологи называют **истинной**.

Говоря о невротической, психогенно обусловленной или истинной фригидности, мы имеем в виду те формы болезни, когда женщина, испытывавшая ранее чувство удовлетворения (оргазм), перестает получать удовлетворение в связи с возникшим в семье конфликтом.

Для этих случаев мы рекомендуем нашу модель гипносуггестивной терапии. Прежде чем начать лечение, необходимо устранить ту психотравмирующую ситуацию, которая вызвала болезнь (если это возможно), или уже в процессе лечения (если ситуацию изменить не удастся), внушениями необходимо изменить отношение больной к ситуации, то есть постараться адаптировать ее к ситуации.

На подготовительном — первом этапе — врач разъясняет больной, что причиной ее заболевания является психическая травма (конкретно врач называет содержание этой психотравмы). В результате действия психотравмы наступило разрегулирование основных нервных процессов центральной нервной системы: тормозного и возбуждающего. В результате разрегулирования нервных процессов, эти процессы значительно ослабели, а тормозной процесс, помимо ослабления, стал менее подвижным, инертным. Это привело к торможению в центре сексуальной деятельности, в том числе и в центре, регулирующем оргазм. В связи с заторможенностью этого центра уменьшилась эндокринная активность, возникла настороженность в отношении возможного наступления оргазма.

Далее врач разъясняет больной, что в результате лечебного словесного воздействия под гипнозом необходимо уравновесить основные нервные процессы: тормозной и возбуждающий, растормозить центр, регулирующий сексуальную деятельность, нормализовать эндокринную деятельность, устранить чувство настороженности в отношении возможного наступления оргазма. Здесь же врач разъясняет подробно технику сексуальных отношений.

Затем врач начинает погружение больного в гипнотическое состояние (II этап) и внушение для общего успокоения больного (III этап): «Вы спите глубоким, приятным, лечебным сном. Внимание Ваше сосредоточивается на моем голосе. Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, что я говорю.

Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений, Вы начинаете обретать все большее и большее спокойствие. Спокойствие Ваше возрастает. Исчезают всяческие волнения, раздражения. Вы чувствуете себя исключительно легко и спокойно. Спокойствие Ваше не только возрастает, но и становится постоянным, более устойчивым, более стабильным, и Вы становитесь спокойнее, устойчивей и выносливей. И на фоне возрастающего спокойствия, стойкости и выносливости начинает выравниваться Ваше настроение, появляется чувство жизнерадостности. Под влиянием моих внушений, Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали себя в тот период, когда были совершенно здоровым человеком, то есть у Вас появляется ощущение своего прежнего здорового самочувствия. И это здоровое самоощущение будет продолжать возрастать, и возрастающее ощущение своего прежнего здорового самочувствия будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению, то есть нормализации либидо и восстановлению оргазма.

Сон Ваш продолжает углубляться; мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушать уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы продолжаете себя чувствовать так, как Вы чувствовали себя в период прежнего здорового состояния.

И на фоне этого замечательного здорового самоощущения, под влиянием моих внушений, начинают уравниваться Ваша центральная нервная система, ее основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, выравниваются их основные свойства, их сила и подвижность. Начинают уравниваться те нервные процессы, которые по праву называются основными нервными процессами центральной нервной системы. Они называются основными нервными процессами потому, что им принадлежит ведущая, регулирующая роль всей жизнедеятельности организма. Тормозной и возбудительный процессы регулируют все функции организма, в том числе и сексуальную функцию.

Они управляют всеми системами организма и, наконец, обеспечивают нормальные взаимоотношения организма с внешней средой, то есть способствуют все лучшему приспособлению или адаптации Вашего организма к условиям внешней среды. Чем больше и больше будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы, тем выше и выше будет уровень адаптации организма к условиям внешней среды с каждым последующим сеансом. А так как при неврозах уровень адаптации организма резко падает, повышение его уровня до прежнего здорового имеет очень важное значение для быстрейшей нормализации интимных отношений.

Чем больше и больше, под влиянием моих внушений, будут уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный, тем организм в целом будет работать все ближе и ближе к режиму нормальных соотношений всех физиологических и нервно-психических функций Вашего организма.

Под влиянием моих внушений, продолжают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный, начинает нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринного аппарата. Гормоны начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для нормализации сексуальных отношений.

Выравниваются обменные процессы Вашего организма и его витаминный баланс.

В связи с уравниванием тормозного и возбудительного процессов растормаживается центр, регулирующий сексуальную деятельность, все компоненты сексуального процесса, в том числе и оргазм.

Ваш организм в целом, под влиянием моих внушений, начинает работать как единое, здоровое целое.

Сон Ваш продолжает углубляться, мои внушения все сильнее и сильнее продолжают действовать на Вас; Ваше внимание все больше и больше продолжает сосредотачиваться на моем голосе. Вы продолжаете все глубже и глубже вчувствоваться во все то, о чем я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушать больному изменение отношения к отдельным болезненным явлениям и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы чувствуете себя легко

и свободно. Ваш организм продолжает работать как здоровый. И точно так же он будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем продолжающегося нормального функционирования Вашего организма будет Ваше спокойствие.

Вы будете чувствовать себя спокойно всюду, где бы Вы ни находились: и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке общего благополучия, и в обстановке напряженной, экстремальной. Особенно спокойно Вы будете чувствовать себя в интимной обстановке. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя, вступая в интимные отношения, тем меньше будет настороженности в отношении невозможности достичь в половом акте удовлетворения (оргазма). Это чувство настороженности в последующие сеансы будет становиться все слабее и слабее. Вступая в интимные отношения, Вы будете стремиться к более активным взаимным ласкам. Причем взаимные ласки будут нацелены на то, чтобы как можно больше пробудить половое чувство у своего партнера. Стремясь к повышению полового чувства у своего партнера, Вы тем самым будете способствовать все большему и большему повышению собственного полового чувства. Удлинение периода предварительной ласки будет способствовать наращиванию Вашего полового чувства, усиленному продуцированию железами внутренней секреции гормонов в кровь, что будет способствовать быстрейшему восстановлению всего полового процесса. Никогда не торопитесь начинать половой акт, ибо именно в период предварительной ласки Вы будете испытывать наибольшее наслаждение. И только тогда, когда Ваше наслаждение достигнет максимума, Вы спокойно можете приступить к половому акту, при этом Вы должны быть уверены в том, что он завершится полным удовлетворением, оргазмом. Причем оргазм Ваш будет в последующих встречах усиливаться.

Соблюдая все правила сексуальной техники, Ваша половая деятельность будет становиться все более нормальной. В состоянии бодрствования Вы все меньше и меньше будете вспоминать о тех нарушениях сексуальной деятельности, которые имели место у Вас в последнее время. Весь период Вашей болезни, под влиянием моих внушений, вытеснился из Вашего сознания и забылся. Даже при желании вспомнить об этом периоде Вы не можете о нем вспомнить. Все забылось.

Сон продолжает углубляться. Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я буду Вам говорить».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на повышение интереса больной к отдельным сторонам ее жизни (VII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и свободно. Весь период Вашей болезни полностью вытеснился из Вашего сознания, забылся. Под влиянием моих внушений, начинает пробуждаться Ваш интерес к обыденным сторонам Вашей жизни и деятельности. Вы начинаете интересоваться домом, семьей, работой, литературой, искусством, телевизионными передачами, прессой и т.д., то есть Вы чувствуете, как, под влиянием моих внушений, у Вас начинают пробуждаться Ваши прежние здоровые интересы. И, наряду с пробуждением Ваших прежних, здоровых интересов, у Вас начинает пробуждаться интерес к соблюдению физкультурного (спортивного) режима; соблюдение физкультурного (спортивного) режима имеет очень важное значение в жизни каждого здорового человека, но вдвойне важен физкультурный (спортивный) режим человеку, болеющему неврозом. (Здесь врач дает рекомендации физкультурного режима, приведенные в общей схеме № 1.) Занимаясь ежедневно физкультурой, Вы тем самым будете способствовать все большему и большему повышению Вашего мышечного тонуса. Чем выше будет Ваш мышечный тонус, тем рефлекторно будет выше тонус мозговых (нервных) клеток, тем лучше будет регулироваться вся жизнедеятельность Вашего организма, тем лучше будут функционировать все системы организма, в том числе и системы, регулирующие сексуальную деятельность. Строгое соблюдение спортивного режима будет способствовать закреплению достигнутого результата лечения.

Сон продолжает углубляться; Вы продолжаете внимательно слушать меня и продолжаете все больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение для повышения уверенности больной в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Сон продолжает углубляться; Вы чувствуете себя легко и спокойно. На фоне Вашего общего спокойствия, под влиянием моих внушений, Вы

начинаете обретать все большую и большую уверенность в себе. Начинают исчезать всякие сомнения относительно возможности полного восстановления Вашей прежней сексуальной чувственности, восстановления оргазма. Уверенность в восстановлении Вашей прежней сексуальной чувственности будет продолжать возрастать с каждым последующим сеансом, так как оснований для сомнений в возможности Вашего полного выздоровления у Вас нет, в связи с отсутствием органических нарушений. Вы — совершенно здоровый человек. Возрастающая Ваша уверенность в выздоровлении будет способствовать быстрейшему восстановлению прежней сексуальной чувственности и оргазма. Вы должны быть здоровым человеком и Вы будете здоровым!

Сон продолжает углубляться; Вы продолжаете внимательно прислушиваться к тому, что я говорю, и продолжаете как можно больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Затем врач проводит внушение, направленное на повышение роли самовнушения и саморегуляции больного в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, Вы уверены в себе и в том, что будете совершенно здоровым человеком. Такое же самочувствие будет сохраняться и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Всюду, где бы Вы ни находились в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе и в ситуации сексуальной близости. Причем Ваши самовнушения будут действовать на Вас так же сильно, как действуют на Вас мои внушения во время сеанса.

Сон Ваш продолжает углубляться; внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете вчувствоваться во все то, о чем я говорю».

Далее врач продолжает заключительное внушение и пробуждает от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы чувствуете себя легко и свободно. Вы чувствуете себя так, как будто Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала ясной и легкой, мысли четкими, тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойной, стойкой, выносливой, жизнерадостной. Полностью уравновесились основные нервные процессы центральной нервной системы, нормализовались все физиологические и нервно-психические функции Вашего организма. Нормализовалась деятельность Вашего эндокринного аппарата, что способствует быстрейшей нормализации сексуальной функции. Исчезло чувство настороженности перед невозможностью наступления оргазма. Вы помните о рекомендованных мною Вам формах поведения и соблюдения правил сексуальной техники для нормализации сексуальных отношений; Вы помните о целесообразности соблюдения физкультурного режима для полного восстановления Вашей сексуальной активности.

Вы чувствуете себя уверенным человеком, уверенным в том, что Ваша сексуальная деятельность полностью восстановится. И наконец, Вы чувствуете, что Вы можете сама регулировать и сама управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации и особенно в ситуации близости.

Вы чувствуете себя здоровым, отдохнувшим человеком. И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я считаю до двух. Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в организме не будет. Вы будете чувствовать себя легко и спокойно; Вы будете испытывать необыкновенный прилив энергии, бодрости, силы. Голова Ваша будет ясной, мысли четкими, тело свободным от каких-либо посторонних ощущений. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас с прежней силой, и Ваши самовнушения будут производить на Вас большое воздействие. Вы будете чувствовать себя уверенно и легко. Раз! Два!»

На курс гипносуггестивной терапии требовалось около 15 сеансов, проводимых через день. Как правило, оргазм нормализовался уже после 7-8 сеансов. Катамнез, полученный через 6 месяцев — 3 года, свидетельствовал о стойкости достигнутых результатов лечения.

8.9.3. Гипноанализ при вагинизме.

Под вагинизмом сексопатологи понимают возникновение болевого синдрома в связи с судорожным сокращением мышц входа во влагалище, стенок влагалища,

тазового дна. В крайне редких случаях вовлекаются мышцы бедер, а также брюшной стенки.

Нам пришлось длительное время наблюдать молодую женщину С. 26 лет. Воспитывалась в интеллигентной семье. В связи с тем что больная С. была очень красивым ребенком, ей постоянно внушали, что половые отношения с мужчиной сопровождаются выраженными болевыми ощущениями и при этом приводили множество устрашающих примеров. В 18-летнем возрасте впервые вышла замуж. Во время первой попытки к сближению достаточно было супругу прикоснуться к внутренней поверхности ее бедра, как наступило резкое мощное сокращение мышц бедра и всей ноги и ее супруг оказался на полу. Попытки преодолеть явления вагинизма в течение 6 месяцев закончились тем, что супруг оставил нашу больную. Через несколько лет больная повторно вышла замуж, но попытки преодолеть явления вагинизма не привели к желанному результату. Супругам пришлось расстаться.

Больная обратилась к нам в 26-летнем возрасте, то есть через 8 лет после первого вступления в брак. Больную сопровождал молодой интересный мужчина, ее друг. Сообщила, что она дважды была замужем, сейчас имеет друга, но остается девственницей из-за того, что любые попытки ласки, сопровождающиеся прикосновением к ее внутренней поверхности бедра партнером, заканчиваются сильным сокращением мышц бедра, тазового дна, выраженным болевым синдромом, приводящим к резкому сокращению мышц ноги и сбрасыванию партнера с постели.

Мы провели больной курс гипносуггестивной терапии, наркопсихотерапии, но лечение эффекта не дало. Тогда мы попросили у больной и ее друга расписку о том, что они не возражают против искусственной дефлорации.

По договоренности с гинекологом больная была погружена в глубокий наркотический (амиталовый) сон (причем пришлось вводить вместо обычных 7,0-10,0 препарата до 20,0). И врач-гинеколог скальпелем дефлорировал больную. Во влагалище был введен искусственный половой член, и больная была госпитализирована в гинекологическую клинику. Больная проснулась через 18 часов и почувствовала во влагалище инородное тело, испытала чувство сладострастия. По выражению больной, она «это чувство ждала все 8 лет». Проведенная процедура оказалась высокоэффективной, положившей конец страданиям больной. Вскоре она рассталась со своим другом по этическим соображениям, вышла замуж, родила благополучно дочь и была счастлива.

А.М. Свядощ (1974 г.) выделяет три степени выраженности вагинизма.

I степень — реакция наступает при введении мужского полового органа во время полового акта или при введении врачом инструмента или пальца во влагалище.

II степень — реакция наступает при прикосновении к половым органам или при ожидании прикосновения к ним.

III степень — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

Как мы видим, в приведенном нами случае степень выраженности вагинизма выходит за рамки III степени, по А.М. Свядощу, ибо он сделал половые отношения больной невозможными. Такие глубокие явления вагинизма, к счастью, встречаются крайне редко. Поэтому мы и привели историю болезни нашей больной для того, чтобы показать коллегам, что в любом случае, даже таком трудном, как наш, решение всегда можно найти.

Причин, способствующих возникновению вагинизма, очень много. Иногда он возникает у некоторых женщин после первого полового акта и носит не очень выраженный, кратковременный характер. Такого рода вагинизм встречается примерно у 10% женщин, но выявляется он обычно при соответствующем опросе. Иногда явления вагинизма возникают в связи со снижением либидо и сухостью половых органов в начале полового акта. Но при осторожных фрикциях эти болевые ощущения исчезают.

По мнению А.М. Свядоща, явления вагинизма могут встречаться при разных неврозах. Как правило, больные с явлениями вагинизма прежде всего обращаются к гинекологам, а затем по их рекомендации к психотерапевтам. Психотерапевт должен, прежде чем начать лечение, знать определенно, не является ли причиной вагинизма какое-либо гинекологическое заболевание. Наиболее частой психогенной причиной, вызывающей явления вагинизма, является страх перед началом половой жизни.

Любые конфликтные отношения с партнером, вызывающие острую антипатию к нему, могут быть причиной вагинизма.

Однажды пережитый приступ вагинизма легко фиксируется в силу тревожного ожидания повторных болезненных явлений.

Мы разработали нашу модель гипносуггестии именно для случаев психогенно обусловленного вагинизма, возникающего в результате конфликтной ситуации. Перед началом лечения полезно иметь беседу с мужем (партнером), в которой необходимо проинструктировать его по поводу бережного подхода при возобновлении сексуальных отношений.

Гипносуггестивная терапия проводится на фоне медикаментозного лечения и после адаптации больной к психотравмирующей ситуации, а лучше всего после ее устранения. На I — подготовительном или предварительном — этапе врач рассказывает больной о причине, вызвавшей заболевание, о патофизиологических механизмах болезненного процесса. Врач разъясняет больной, что в результате психотравмирующей ситуации наступил срыв высшей нервной деятельности, в результате которого разрегулировались между собой тормозной и возбудительный процессы мозговых нервных клеток и оба ослабели. В связи с разрегулированностью нервных процессов тормозной процесс стал сильнее возбудительного, и приобрел застойный, инертный характер. В результате оказался заторможенным мозговой центр, регулирующий сокращение мышц влагалища. Отсюда мышцы влагалища сокращаются бесконтрольно, вызывая болевые ощущения. Кроме того, возник страх или чувство настороженности к возможному повторному сокращению мышц влагалища и возникновению болевых ощущений.

Далее врач разъясняет больной, что во время психотерапии будут уравновешены основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный, повышены их сила и подвижность, расторможен центр, регулирующий сокращение мышц влагалища, устранены явления настороженности к возможному появлению болевых ощущений во время половой жизни.

Больная предупреждается о необходимости соблюдения правильной техники интимных отношений для быстреего устранения болевых ощущений при половом акте.

После этого врач погружает больную в состояние лечебного сна (II этап) и переходит к внушению общего успокоения больного (III этап): «Вы продолжаете погружаться в приятный лечебный сон. Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое сказанное мною слово.

Вы чувствуете, как, под влиянием моих внушений, Вы начинаете обретать все большее и большее спокойствие. Спокойствие продолжает возрастать. Исчезают всяческие волнения, раздражения. Вы начинаете чувствовать себя исключительно легко и спокойно. Спокойствие Ваше возрастает и становится более выраженным, более устойчивым, более стабильным. И Вы сами становитесь более спокойной, более стойкой, более выносливой. На фоне возрастающего Вашего спокойствия, стойкости, выносливости начинает выравниваться настроение, появляется чувство жизнерадостности. Под влиянием моих внушений, Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали себя в том периоде, когда были совершенно здоровым человеком, то есть у Вас, под влиянием моих внушений, появляется самоощущение своего прежнего здорового самочувствия. Самоощущение своего прежнего здорового самочувствия продолжает возрастать. Возрастающее здоровое самоощущение способствует быстреей нормализации Ваших интимных отношений, устранению болезненных ощущений во время полового акта.

Сон Ваш продолжает углубляться, мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас. Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы продолжаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали в период Вашего прежнего здорового состояния.

И на фоне этого замечательного здорового самоощущения, под влиянием моих внушений, начинает уравниваться Ваша центральная нервная система, ее основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, восстанавливаются их

основные свойства, их сила и подвижность. Начинают уравниваться те нервные процессы, которые мы, медики, по праву называем основными нервными процессами. Эти два нервных процесса называются основными процессами потому, что им принадлежит ведущая регулирующая роль всей жизнедеятельности организма. Тормозной и возбуждающий процессы, регулируют все функции организма, они управляют всеми системами организма. Наконец, эти два процесса обеспечивают нормальные взаимоотношения организма с внешней средой, то есть способствуют все более успешному приспособлению или адаптации Вашего организма к условиям внешней среды. Чем больше и больше уравниваются тормозной и возбуждающий процессы с каждым последующим сеансом, тем быстрее уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды будет повышаться до прежнего, здорового уровня. А так как при срывах нервной системы и возникновении невроза уровень адаптации организма резко падает, его повышение до прежнего, здорового уровня имеет очень важное значение для быстрейшей нормализации Ваших интимных отношений. Чем больше и больше, под влиянием моих внушений, будут уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы, тормозной и возбуждающий, тем организм в целом будет работать все ближе и ближе к режиму нормальных взаимоотношений между всеми его физиологическими процессами и нервно-психическими функциями.

Под влиянием моих внушений продолжают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий, начинает нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, эндокринного аппарата. Гормоны начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для регуляции нормальных сексуальных отношений, устранения болевых ощущений во время полового акта. Начинают выравниваться обменные процессы Вашего организма и витаминный его баланс.

В связи с продолжающимся уравниванием тормозного и возбуждающего процессов повышаются сила и подвижность тормозного процесса в центре, регулирующем сокращение мышц промежности, уменьшается возможность оставаться длительное время сокращенными мышцами влагалища и, следовательно, создаются условия для устранения болевых ощущений при половом акте.

Ваш организм в целом, под влиянием моих внушений, начинает работать как единое, здоровое целое.

Сон Ваш продолжает углубляться, мои внушения все сильнее и сильнее продолжают действовать на Вас; внимание Ваше все больше и больше сосредоточивается на каждом моем слове, Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Далее врач продолжает внушать изменения отношения больной к отдельным болезненным проявлениям и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и свободно. Ваш организм продолжает работать в здоровых условиях. И точно так же он будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющегося нормального функционирования организма после Вашего пробуждения от лечебного сна будет Ваше спокойствие. Вы будете чувствовать себя спокойно всюду, где бы Вы ни находились. Спокойствие будет сохраняться и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке общего благополучия, и в обстановке напряженной, экстремальной. Особенно спокойно Вы будете чувствовать себя в интимной обстановке. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя, вступая в интимные отношения, тем меньше будет ваша настороженность относительно возможного появления болевых ощущений во время полового акта, тем большей будет становиться смазка влагалища, а следовательно, возможность нормального протекания полового акта. Чувство «настороженности» будет уменьшаться в каждом последующем сеансе. Вступая в интимные отношения, Вы будете стремиться к более активным взаимным ласкам и к более длительному их проведению, что, несомненно, будет способствовать как можно большему пробуждению полового чувства. Удлинение периода предварительной ласки будет способствовать наращиванию Вашего полового чувства, усиленному продуцированию гормонов железами внутренней секреции в кровь, что, несомненно, будет способствовать быстрейшему

восстановлению всего полового процесса, устранению болевых ощущений во время полового акта.

Затягивая период предварительной ласки, никогда не торопитесь начинать половой акт, ибо именно в период предварительной ласки Вы будете испытывать наибольшее наслаждение. И только тогда, когда Ваше наслаждение достигнет высокого уровня, Вы смело сможете приступить к половому акту с уверенностью в том, что болевые ощущения во время полового акта Вас больше беспокоить не будут. С каждым последующим сеансом Ваш половой акт будет протекать все менее болезненно.

В состоянии бодрствования Вы все меньше и меньше будете вспоминать о тех затруднениях в половой деятельности, которые имели место у Вас в последнее время. Весь период Вашей болезни, под влиянием моих внушений, полностью вытеснился из Вашего сознания и забылся. Даже при желании вспомнить об этом периоде Вы больше не можете о нем вспомнить. Все забылось. Сон продолжает углубляться.

Внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я Вам говорю».

Затем врач проводит внушение, нацеленное на повышения интересов больной к обыденным сторонам жизни и деятельности (VII этап): «Вы больше начинаете интересоваться своим домом, семьей, работой, литературой и искусством, телевизионными передачами, прессой и т.д. То есть Вы начинаете чувствовать, как под влиянием моих внушений у Вас начинают пробуждаться Ваши прежние, здоровые интересы. И, наряду с пробуждающимися Вашими прежними здоровыми интересами, у Вас начинает пробуждаться интерес к соблюдению спортивного (физкультурного) режима. Строгое соблюдение физкультурного режима имеет очень важное значение в жизни каждого здорового человека, но вдвойне важен физкультурный режим для людей, болеющих неврозом (врач дает рекомендации физкультурного режима, приведенные в общей схеме № 1). Занимаясь ежедневно упорно физкультурой, Вы тем самым будете способствовать все большему и большему повышению Вашего мышечного тонуса. Чем больше будет становиться Ваш мышечный тонус, тем выше и выше рефлекторно будет становиться тонус мозговых (нервных) клеток. На уровне высокого тонуса мозговых клеток лучше будут функционировать все системы Вашего организма, в том числе и системы, регулирующие сокращение мышц промежности. Строгое соблюдение спортивного режима будет способствовать закреплению достигнутого результата лечения, устранению болевых ощущений во время полового акта.

Сон Ваш продолжает углубляться; Вы продолжаете внимательно слушать меня и продолжаете еще больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение для повышения уверенности в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Сон Ваш продолжает углубляться. Вы чувствуете себя легко и спокойно. На фоне спокойствия Вы начинаете, под влиянием моих внушений, обретать все большую и большую уверенность в себе. Исчезают всяческие сомнения, проявления самоанализа и самокопания в себе, в своих затруднениях в сексуальной жизни, в появляющихся прежде болевых ощущениях во время полового акта. Под влиянием моих внушений будет возрастать Ваша уверенность в себе, в полном и окончательном выздоровлении, в полном восстановлении Вашей сексуальной деятельности. Вы должны быть здоровым человеком, и Вы будете совершенно здоровым!

Сон продолжает углубляться; Вы продолжаете внимательно прислушиваться к тому, что я говорю, и продолжаете как можно больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Затем врач проводит внушение, способствующее повышению роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; Вы уверены в себе и в том, что будете совершенно здоровым человеком. Такое же здоровое самочувствие, какое Вы испытываете сейчас, будет сохраняться и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Всюду, где бы Вы ни находились в состоянии бодрствования, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы регулировать свою нервную деятельность в любой ситуации, в том числе и в ситуации сексуальной близости. Причем Ваши самовнушения будут на Вас действовать с такой же силой, как действуют на Вас мои

внушения во время сеанса. Сон продолжает углубляться; внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач переходит к заключительному внушению и пробуждению от лечебного сна (X и XI этапы): «Вы чувствуете себя легко и свободно. Вы чувствуете себя так, как будто бы Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала ясной и легкой, мысли четкими, тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойной, стойкой, выносливой, жизнерадостной. Полностью уравновесились основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждательный. Нормализовались их основные качества, сила и подвижность. Растормозился центр, регулирующий перистальтику мышц промежности и влагалища. Мышцы Вашей промежности и влагалища напрягаются и расслабляются легко и свободно. Нормализовались все физиологические и нервно-психические функции Вашего организма. Нормализовалась деятельность Вашего эндокринного аппарата, что способствует быстрой нормализации Вашей сексуальной деятельности. Исчезло чувство настороженности перед возможным появлением болевых ощущений в период полового акта.

Вы помните о рекомендованных мною Вам формах поведения в сексуальных отношениях; Вы помните о необходимости соблюдения физкультурного режима для быстрой нормализации Вашего сексуального процесса.

Вы чувствуете себя уверенным человеком, уверенным в том, что Ваши сексуальные отношения будут полностью восстановлены. И наконец, Вы чувствуете, что Вы сможете сами регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе и в ситуации интимных отношений. Вы чувствуете себя здоровым, отдохнувшим человеком. И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до 2. Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений в организме не будет. Вы будете чувствовать себя легко и спокойно; Вы будете испытывать необыкновенный прилив энергии, бодрости, силы. Голова Ваша будет ясной, мысли четкими, тело свободно от каких-либо посторонних ощущений. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас с прежней силой, и Ваши самовнушения будут производить на Вас сильное воздействие. Вы будете чувствовать себя уверенно и легко. Вы будете уверены в том, что будете совершенно здоровым человеком. Раз! Два!»

Приведенная выше модель гипносуггестивной терапии вагинизма была высокоэффективной в тех случаях, когда, во-первых, больные обращались к нам вскоре после возникновения болезненного состояния; во-вторых, когда удавалось устранить психотравмирующую ситуацию. В этих случаях мы проводили до 15 сеансов на курс.

В более затяжных болезненных состояниях и продолжающей действовать психотравмирующей ситуации нам приходилось проводить до 25 и более сеансов на курс.

Полученными нами катamnестические сведения в разные сроки после лечения подтверждали надежность и эффективность нашей модели лечебного воздействия.

8.10. Гипноанализ при ювенильном кровотечении.

По мнению гинекологов, у значительного числа девушек начало менструального цикла сопровождается обильным кровотечением (ювенильное кровотечение). Оно чаще всего возникает у инфантильных девушек с гормональной недостаточностью. Поэтому ювенильное кровотечение возникает в возрасте 15-16 лет, то есть в довольно позднем возрасте. Проводимое гинекологами лечение, включая и гормональную терапию, дает слабый эффект. У этих девушек кровотечение фактически не прекращается от одного менструального цикла до другого. В периоды менструального цикла оно носит более обильный характер. Внешне эти девушки инфантильны, бледны, крайне астенизированы. По данным гинекологов, сосуды матки у этих девушек атоничные и зияющие, мышцы промежности также атоничны и эти девушки самопроизвольно их сократить не могут.

Учитывая все вышеизложенное, врач на I предварительном или подготовительном этапе разъясняет больной особенности их заболевания. Врач говорит, что в связи с некоторой задержкой развития у них ослаблены основные нервные процессы: тормозной и возбудительный. В связи со слабостью основных нервных процессов отмечаются ослабление деятельности эндокринного аппарата, снижение тонуса сосудов, в особенности тонуса сосудов матки и снижение тонуса мышц промежности.

Далее врач объясняет больной, что под влиянием его внушений в гипнотическом состоянии будут уравновешены основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный. Повышены их сила и подвижность, нормализованы также будут эндокринная система, сердечно-сосудистая система, повышен тонус сосудов матки и мышц промежности, что будет способствовать прекращению кровотечения и нормализации менструального цикла.

После подготовки больной к проведению гипносуггестивной терапии больная погружалась в состояние гипнотического лечебного сна (II этап) и для общего успокоения больной, врач начинает внушение (III этап): «Вы спите приятным лечебным сном; продолжаете отчетливо слышать каждое сказанное мною слово; внимательно прислушивайтесь ко всему тому, что я говорю, и старайтесь как можно больше вчувствоваться в каждое мое слово.

Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений Вы начинаете обретать общее спокойствие; Вы становитесь необыкновенно спокойным и уравновешенным человеком. Исчезают всяческие волнения, раздражения. Вы чувствуете себя легко и спокойно. Спокойствие продолжает возрастать и становится более выраженным, стабильным, устойчивым. И Вы под влиянием моих внушений продолжаете становиться все более спокойным, стойким, выносливым человеком. И на фоне возрастающих спокойствия, стойкости и выносливости, под влиянием моих внушений, начинает повышаться Ваше настроение, появляется жизнерадостность. Вы сейчас чувствуете себя спокойной, стойкой, выносливой, жизнерадостной, то есть Вы начинаете чувствовать себя так, как должен чувствовать себя здоровый человек. Под влиянием моих внушений у Вас появляется самоощущение здорового состояния.

Сон продолжает углубляться; внимание Ваше по-прежнему сосредоточено на моем голосе; Вы стараетесь как можно больше вчувствоваться в каждое сказанное мною слово».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на уравнивание центральной нервной системы (IV этап): «Вы спите приятным лечебным сном и продолжаете чувствовать себя здоровым человеком. На фоне этого самоощущения, под влиянием моих внушений, начинают уравниваться основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный. Уравниваются те нервные процессы, которые по праву называются нами, медиками, основными нервными процессами. А называются они основными потому, что им принадлежит ведущая регулирующая роль. Эти процессы управляют всеми системами организма, и наконец, они регулируют нормальные взаимоотношения Вашего организма с внешней средой, то есть обеспечивают приспособление (адаптацию) человека к внешней среде. Чем больше и больше под влиянием моих внушений будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы, тем уровень приспособления или адаптации Вашего организма к внешней среде будет становиться все выше и выше. Постепенно уровень адаптации организма к внешней среде будет приближаться к уровню здоровой адаптации, что будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению. Чем больше и больше, под влиянием моих внушений, будут уравниваться основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, тем все ближе и ближе здоровым будут взаимоотношения всех физиологических процессов организма и нервно-психических функций.

Под влиянием моих внушений продолжают уравниваться тормозной и возбудительный процессы; начинает нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта. Аппетит становится умеренным, нормализуется деятельность желудка и кишечника. Продолжают уравниваться тормозной и возбудительный процессы; начинает нормализоваться деятельность сердечно-сосудистой системы. Артериальное давление и пульс становятся ровными, ускоряется кровообращение, повышается тонус сосудов. Ускорение кровообращения способствует улучшению питания всех клеток и тканей организма, всех органов и систем организма, всего организма в целом, в том числе улучшается питание мозга.

Улучшение питания мозга имеет очень важное значение в нормализации его деятельности. Чем больше уравниваются тормозной и возбудительный процессы, тем быстрее нормализуется деятельность Вашего эндокринного аппарата. Гормоны начинают выбрасываться железами внутренней секреции в кровь в большом количестве, что будет способствовать быстрой нормализации Вашего менструального цикла.

Под влиянием моих внушений продолжают уравниваться основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, что способствует выравниванию обменных процессов всего Вашего организма и витаминного баланса его.

Весь Ваш организм в настоящее время в этом замечательном сне работает как единое, здоровое целое.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы все больше и больше чувствуете во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушать изменение отношения больного к отдельным болезненным расстройствам и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Организм Ваш продолжает работать как совершенно здоровый организм. Спокойствие, стойкость, выносливость, жизнерадостность продолжают возрастать; полностью уравнились основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбудительный, нормализовались их основные свойства, сила и подвижность. Нормализовалась жизнедеятельность всего Вашего организма, усилилась эндокринная активность. Начинает нормализоваться Ваш менструальный цикл. Вы чувствуете, как под влиянием моих внушений появляется чувство прохлады в нижней части живота. Чувство прохлады внизу живота возрастает все в большей и большей степени, появляется чувство холода, которое продолжает нарастать. Чем больше возрастает ощущение холода внизу живота, тем больше начинают сокращаться сосуды матки, маточное кровотечение уменьшается. Вы начинаете чувствовать, как, под влиянием моих внушений, начинают сокращаться мышцы Вашей промежности, и чем сильнее будут сокращаться мышцы Вашей промежности, тем быстрее остановится маточное кровотечение. Чувство холода внизу живота сохраняется; сохраняется напряжение мышц промежности; кровотечение останавливается. Показателем того, что маточное кровотечение остановилось, является Ваше спокойствие.

После пробуждения от лечебного сна сохраняющееся Ваше спокойствие будет свидетельствовать о том, что маточное кровотечение прекратилось и менструальный цикл нормализовался. Спокойно Вы будете продолжать чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна, всюду, где бы Вы ни находились: и дома, и в школе, и в гостях; и в общественных местах, и в обстановке внешнего благополучия, и в обстановке напряженной, экстремальной. Особенно спокойно Вы будете чувствовать себя в период приближающегося начала менструального цикла. В состоянии бодрствования Вы все меньше и меньше будете вспоминать обо всем периоде болезни, о периоде нарушенного менструального цикла. Под влиянием моих внушений весь период болезни полностью вытеснился из Вашего сознания и забылся.

Сон Ваш продолжает углубляться, мои внушения все сильнее и сильнее продолжают действовать на Вас. Вы по-прежнему внимательно прислушиваетесь к каждому сказанному мною слову и по-прежнему все больше и больше чувствуете во все то, что я буду говорить».

Затем врач внушает повышение интереса больного к обыденным сторонам жизни (VII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, ощущение холода внизу живота сохраняется, сохраняется напряжение мышц промежности; весь период Вашей болезни вытеснился полностью из Вашего сознания и забылся. Под влиянием моих внушений Ваши интересы к обыденным сторонам Вашей жизни и деятельности, начинают возрастать, Вы начинаете интересоваться больше домашними делами, учебой, работой, художественной литературой, телевизионными передачами, прессой и т.д. Наряду с этими интересами, у Вас начнет пробуждаться интерес к соблюдению физкультурного режима. Вы должны будете уже после сегодняшнего первого сеанса начать по утрам делать утреннюю гимнастику, где основное внимание Вы должны уделить укреплению брюшного пресса.

Заниматься физкультурой необходимо ежедневно, систематически, упорно. Упорное соблюдение физкультурного режима будет способствовать повышению

Вашего общего мышечного тонуса, в том числе и тонуса мышц промежности. Чем больше будет повышаться общий мышечный тонус и тонус мышц промежности, тем больше рефлекторно будет повышаться тонус клеток мозга. На уровне высокого тонуса клеток мозга быстрее нормализуются эндокринная деятельность и менструальный цикл.

Сон продолжает углубляться, внимание Ваше все больше и больше продолжает сосредотачиваться на моем голосе, Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на повышение уверенности больной в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Спокойствие Ваше продолжает возрастать. На фоне возрастающего спокойствия, под влиянием моих внушений, вы начинаете чувствовать себя уверенней; уверенность в себе продолжает возрастать. На фоне возрастающей уверенности в себе начинает возрастать Ваша уверенность в том, что Вы станете совершенно здоровым человеком, что Ваше маточное кровотечение остановится и нормализуется менструальный цикл. Вы должны быть здоровым человеком, и Вы будете совершенно здоровым!

Сон продолжает углубляться, мои внушения продолжают все сильнее и сильнее действовать на Вас; Вы все внимательней прислушиваетесь к каждому моему слову и все больше и больше вчувствуетесь во все то, что я Вам говорю».

Далее внешнее внушение связано с повышением роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко, спокойно, уверенно. Вы уверены в том, что будете совершенно здоровым человеком. Точно так же уверенно Вы будете чувствовать себя и после Вашего пробуждения от лечебного сна всюду, где бы Вы ни находились. Вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы регулироваться и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации. Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, как мои внушения действуют на Вас в период сеанса.

Сон Ваш продолжает углубляться; Вы все внимательней прислушиваетесь к моему голосу, все больше и больше вчувствуетесь в каждое мое слово».

Далее врач проводит резюмирующее внушение и пробуждение (X и XI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя необыкновенно легко и свободно. Вы чувствуете себя сейчас так, как будто бы Вы поспали несколько часов, голова Ваша стала ясной и легкой, сохраняется ощущение прохлады внизу живота и незначительное напряжение в области промежности.

Вы чувствуете себя спокойной, стойкой, выносливой, жизнерадостной. Полностью уравновесились основные нервные процессы Вашей центральной нервной системы: тормозной и возбуждающий; нормализовалась жизнедеятельность всего организма, в том числе жизнедеятельность эндокринного аппарата, остановилось кровотечение, нормализовался менструальный цикл. Все, связанное с периодом болезни, забылось и вытеснилось из Вашего сознания. Ваши интересы обрели здоровый характер. Вы испытываете необходимость в соблюдении физкультурного режима, и Вы в большей мере осознали, какое значение для Вас имеет этот режим. Вы чувствуете, наконец, что сможете в состоянии бодрствования самовнушать себе все необходимое для поддержания общего спокойствия; Вы чувствуете себя отдохнувшим, здоровым человеком.

И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, настроение будет ровное, никаких неприятных ощущений в организме не будет. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас в любой ситуации. Вы будете сохранять уверенность в том, что маточное кровотечение остановлено, менструальный цикл нормализован. Раз! Два!»

При лечении ювенильного кровотечения гипноуггестивной терапией по описанной выше модели нам обычно удавалось остановить кровотечение уже после первого сеанса гипнотерапии. С целью дальнейшей нормализации менструального цикла мы дополнительно проводили еще 1-2 сеанса, то есть мы в общей сложности ликвидировали кровотечение и нормализовали менструальный цикл за 3 сеанса.

Катамнез, полученный через 6-12 месяцев, показал высокую эффективность предлагаемой модели внушения.

Глава 9. Гипноанализ при некоторых нейро-соматических заболеваниях.

9.1. Гипноанализ при гипертонической болезни.

По мнению таких авторитетов медицинской науки, как А.Л. Мясников (1953), Т.Ф. Ланг (1957), гипертоническая болезнь часто возникает в результате действия психотравмы, и по своей сути ее начальный период они считают сугубо невротическим. К нам обращались больные, перенесшие те или иные психотравмирующие ситуации, в клинической картине которых на первый план выступали колебания артериального давления, достигающие до очень высокого уровня (200/120 мм. рт. ст.), но эти колебания артериального давления носили крайне неустойчивый характер и появлялись на фоне тех или иных невротических симптомов. Чаще всего эти симптомы носили неврастенический характер с преобладанием раздражительной слабости, плаксивости, с быстрой истощаемостью, нарушением ночного сна, явлениями вегетососудистой дистонии.

Мы лечили этих больных при помощи специально разработанной модели гипносуггестивной терапии, предназначенной именно для этой категории больных.

На предварительном или подготовительном этапе врач говорит больному о том, что в результате переживаний (той или иной психотравмирующей ситуации) наступило растормаживание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного. Тормозной процесс ослабел и приобрел застойный, малоподвижный характер, в результате чего наступило затормаживание центра, регулирующего сосудистый тонус, вызвав колебания артериального давления. Далее врач акцентирует внимание больного на том, что его болезнь носит временный, невротический характер и колебания настроения так же являются функциональными, невротическими, то есть временными, и подлежат полному устранению. И в заключение врач разъясняет больному, что поддерживающим фактором периодического повышения артериального давления является возникшее чувство ожидания, настороженности в отношении возможного его повышения.

Далее врач разъясняет больному, что его болезненное состояние, в том числе и колебания артериального давления, можно устранить путем «специальной» гипносуггестивной терапии. Эта психотерапия должна быть, прежде всего, нацелена на общее успокоение больного, на вызывание чувства здорового самочувствия; путем внушения будут уравновешены основные нервные процессы центральной нервной системы: тормозной и возбуждательный; восстановлены их свойства: сила и подвижность. В результате этого будет расторможен центр, регулирующий сосудистый тонус, устранено чувство настороженности в ожидании возможного повышения артериального давления, что будет способствовать быстрейшему восстановлению здоровья (I этап).

Затем врач погружает больного в состояние лечебного сна (II этап), проводя внушения, направленные на общее успокоение больного, появления чувства здорового самочувствия (III этап).

Далее внушения врача направлены на уравнивание центральной нервной системы (IV этап), уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного; нормализации их основных свойств: силы и подвижности. Уравновешенность основных нервных процессов приведет к растормаживанию центра, регулирующего сосудистый тонус, устранению настороженности в отношении возможного повышения артериального давления, и в конечном счете, устранению всех невротических симптомов и нормализации артериального давления, то есть на ликвидации болезненного состояния в целом.

Далее врач продолжает внушение изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям и болезни в целом (V и VI этапы). Внушение будет нацелено на

общее спокойствие, которое будет способствовать более спокойному отношению к колебаниям артериального давления, что на фоне возрастающего спокойствия в значительной степени будет уменьшать потребность в изменении артериального давления, тем более что даже у здорового человека могут отмечаться колебания артериального давления. Далее врач продолжает рекомендовать больному прекратить измерение артериального давления, тем самым уменьшить фиксацию внимания больного на болезни в целом. Под влиянием внушений продолжается вытеснение из сознания больного всего периода болезни.

Дальнейшее внушение врача нацелено на повышение интереса больного к обыденным сторонам его жизни и деятельности (VII этап). По мере того как больной все реже и реже будет вспоминать о своем болезненном состоянии, его внимание будет сосредоточиваться на его прежних, здоровых интересах и будет выделяться возрастающий интерес к строгому соблюдению физкультурного режима (см. схему).

Далее во внушениях врач разъясняет больному, что соблюдение ежедневного спортивного режима будет способствовать повышению общего мышечного тонуса, который в свою очередь будет способствовать повышению тонуса мозговых клеток, а увеличение тонуса мозговых клеток будет способствовать нормализации и стабилизации сосудистого тонуса и артериального давления, исчезновению всех невротических симптомов.

Далее врач продолжает внушения, направленные на повышение уверенности больного в себе и в выздоровлении, подчеркивая то, какую роль играют эти внушения в закреплении достигнутых положительных результатов в лечении (VIII этап).

Затем внушения врача нацелены на повышение роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап).

И заключительные внушения врача (X этап) носят обобщающий характер, после чего больной пробуждается от лечебного сна (этап XI).

При лечении больных гипертонической болезнью мы проводили от 10 до 25 сеансов. Количество сеансов зависело от давности заболевания и его тяжести. Высокая эффективность достигалась в тех случаях, когда болезненное состояние носило невротический характер, то есть на начальных этапах болезни. Даже в тех случаях, когда повышение артериального давления приобретало более устойчивый характер, гипносуггестивная терапия по нашей методике давала положительный результат, способствуя нормализации артериального давления на длительный период без применения медикаментов.

Катамнестические сведения, полученные в разные сроки после применения нашего лечения, свидетельствуют о целесообразности применения нашего метода лечения указанного заболевания.

9.2. Гипноанализ при язвенной болезни.

По мнению ведущих клиницистов и физиологов (М.В. Черноруцкий (1953), Н.Д. Стражеско (1931); К.М. Быков и И.Т. Курцин (1952)), язвенная болезнь желудка, как и гипертоническая болезнь, протекает в инициальном периоде как чисто функциональное заболевание по типу невроза. Подтверждением этого мнения являются данные об увеличении числа больных язвенной болезнью в периоды после первой и второй мировой войн. Если в мирное время язвенной болезнью страдали от 5 до 13% всех терапевтических больных, то после второй мировой войны, с ее многочисленными психическими травмами, число таких больных увеличилось до 20%.

Тенденции развития неврозоподобных расстройств при язвенной болезни сохраняют ту же направленность, что и при гипертонической болезни, хотя при этом выявляются определенные особенности.

По мнению большинства авторов (Г.К. Ушаков, 1978), в клинической картине невротического фона при язвенной болезни на первый план выступают раздражительная слабость и другие признаки психогенной астении. Больные становятся крайне раздражительными, суетливыми, они быстро истощаются и легко отвлекаются. Любое психическое напряжение больные переносят с большим трудом, страдают бессонницей. Эти больные часто жалуются на ослабление умственной работоспособности, памяти (и запоминания и воспроизведения).

В редких случаях в клинике астенического развития на первый план выступают явления повышенной заторможенности. Больные эти становятся нерешительными, тревожными, депримируемыми с некоторыми идеями самоуничтожения (много говорят о своей неполноценности), постоянно анализируют свое состояние, завидуют тем, кто может свободно, без оглядки принимать любую пищу, не задумываясь над диетой. Нередко у этих больных появляются канцерофобии. У лиц с выраженными чертами эмоциональной ригидности выявляется ипохондрический синдром с тенденцией к развитию паранойальности.

По данным И.П. Павлова и его многочисленных учеников, установлено, что при стрессовых ситуациях, приводящих к срыву (возникновению невротической картины), первоначально возникают резкие функциональные расстройства секреторной деятельности желудка, особенно на малой его кривизне, и через 1-2 месяца появляются органические повреждения стенок в виде хронических, долго не заживающих язв.

У всех обращающихся к нам за помощью больных с подозрением на язвенную болезнь в результате тщательного обследования (клинически, рентгенологически, эндоскопически) определялись стадия заболевания, его продолжительность. Для лечения мы все же отбирали больных, у которых течение язвенной болезни не приобретало хронического характера. Предлагаемая нами модель гипносуггестивной терапии предназначена для такого рода больных.

На подготовительном этапе (этап I) врач разъясняет больному, что в результате тех или иных переживаний (врач должен выявить эти переживания и указать их) наступил нервный срыв, в результате которого разрегулировались основные нервные процессы в центральной нервной системе: тормозной и возбуждающий, нарушились их сила и подвижность. Вследствии эти два нервных процесса ослабели и тормозной процесс приобрел застойный характер. В результате возрастающей инертности тормозного процесса оказался заторможенным центр, регулирующий деятельность желудочно-кишечного тракта, в результате чего возникли язвенная болезнь и соответствующее невротическое состояние (врач должен подробно изложить больному отдельные симптомы).

Для успешного лечения врач обосновывает необходимость проведения внушения в гипнотическом состоянии, нацеленного прежде всего на общее успокоение больного, на ощущение прежнего здорового состояния для ускорения процесса заживления язвенного дефекта слизистой оболочки, уменьшения и ликвидации воспалительного процесса в области желудка, и восстановления здоровья больного.

Далее (II этап) врач погружает больного в состояние лечебного сна и нацеливает свое внушение на общее успокоение больного, на вызывание прежнего, здорового самочувствия (III этап).

Затем врач продолжает внушение на уравнивание центральной нервной системы (IV этап): основных нервных процессов: тормозного и возбуждающего, на восстановление их свойств: силы и подвижности. Далее во внушениях врач акцентирует свое внимание на том, что уравновешенные основные нервные процессы (тормозной и возбуждающий) и восстановленные их основные свойства (сила и подвижность) будут способствовать растормаживанию центра, регулирующего деятельность желудочно-кишечного тракта. Также врач подчеркивает, что наряду с нормализацией деятельности желудочно-кишечного тракта, наступающей в связи с усилением секреторной активности со стороны желудка, поджелудочной железы и печени, его внушения нацелены на нормализацию сердечно-сосудистой системы. При нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы акцент внушения будет сделан на ускорении кровообращения, при этом все мелкие сосуды стенок желудка расширяются, кровь приливает к областям эрозий и язв в области желудка, способствуя тем самым их быстрейшему заживлению.

Затем врач продолжает внушения, нацеленные на изменение отношения больного к отдельным болезненным явлениям и болезни в целом (V и VI этапы), акцентируя внимание больного на том, что показателем продолжающегося заживления язвенного процесса после пробуждения больного от лечебного сна будет сохраняющееся спокойствие. Именно это спокойствие позволит больному реагировать спокойно на отдельные невротические симптомы и симптомы, свойственные язвенной болезни, что будет обеспечивать быстрейшее восстановление здоровья. Далее во внушениях внимание больного акцентируется, с одной стороны, на спокойной его реакции на

отдельные невротические и соматические симптомы, а с другой — на вытеснении из сознания всего периода болезни, что будет способствовать все более быстрому и полному выздоровлению.

Врач продолжает внушения, направленные на переключение внимания больного с болезненного состояния на обыденные стороны его жизни (VII этап); особенно подчеркивается интерес к строгому соблюдению спортивного режима и его значимость для скорейшего выздоровления.

Затем во внушениях подчеркивается важность повышения уверенности в себе и в выздоровлении для ускорения процесса (VIII этап), и наконец, важность самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап).

После этого врач проводит заключительное, обобщающее внушение (см. схему), и пробуждает больного от лечебного сна (X и XI этапы).

После пробуждения больного от лечебного сна проводится беседа с больным, в процессе которой врач дает рекомендации строго соблюдать режим питания и физкультурный режим.

Количество сеансов для больных с язвенной болезнью колебалось от 15 до 25 и зависело от продолжительности болезненного процесса и от действия психотравмирующей ситуации. Психотерапию мы старались проводить в тесном контакте с гастроэнтерологом.

Полученные катamnестические сведения в этой группе больных на разных этапах отдаления от окончания лечения свидетельствуют о высокой эффективности этого метода и его стойком эффекте.

9.3. Гипноанализ при бронхиальной астме.

Бронхиальная астма является хроническим рецидивирующим аллергическим или инфекционно-аллергическим заболеванием, проявляющимся приступами удушья. Приступ бронхиальной астмы обычно начинается ночью или рано утром. Предвестниками приступа удушья у многих больных являются развивающаяся вялость, зуд в носу, чихание или заложенность носа, чувство стеснения в груди. Как правило, приступ начинается с мучительного кашля без выделения мокроты, затем разворачивается типичная картина одышки экспираторного типа: у больных затруднен выдох. Уже в начале приступа дыхание становится шумным и свистящим, слышится даже на расстоянии. Больной старается сохранять оптимальный покой, для этого он принимает сидячее положение в постели. Дыхание затруднено и происходит главным образом за счет участия межреберных мышц. Во время приступа могут отмечаться цианоз и бледность кожи лица.

Приступ обычно заканчивается кашлем с отделением светлой вязкой или густой гнойной мокроты.

Приступы удушья могут быть разной тяжести. Тяжелые приступы удушья, которые не удается купировать медикаментозно в течение 24 часов, переходят в так называемое астматическое состояние. Клинически при астматическом состоянии отмечается тяжелая экспираторная одышка с редким поверхностным дыханием. При длительном течении астматическое состояние может перейти в коматозное со смертельным исходом.

Причины, вызывающие бронхиальную астму, до конца не выяснены. Это и аллергические, и инфекционные, и стрессовые факторы.

В России изучение этиологии и патогенеза бронхиальной астмы началось с середины XIX века.

А. Радосский (1863), являясь автором рефлекторной теории возникновения болезни, писал, что «в основе страдания лежит невроз центральной нервной системы». Он придавал важное значение в этиологии заболевания психическим переживаниям и отрицательным эмоциям. Однако он также считал, что для возникновения заболевания должен быть предрасполагающий (наследственно обусловленный) фактор.

Идеи А. Радосского в последующем нашли свое развитие в работах С.П. Боткина (1950) и других клиницистов. Параллельно с клиническими соматическими

особенностями картины бронхиальной астмы, у больных возникают и специфические нервно-психические расстройства. Г.К. Ушаков (1978) описывает у больных бронхиальной астмой после приступа болезни колебания настроения, капризность, раздражительность, истощаемость, астению, слезливость, иногда истерические и фобические расстройства. По мнению автора, в преморбиде больных, страдающих бронхиальной астмой, обнаружена широкая вариабельность характерологических особенностей. Здесь и гармоничные личности, и личности с отдельными психопатическими и шизоидными чертами.

На приступы, возникающие пароксизмально, больные обычно давали реакции фобического характера. В отличие от описанных в литературе (страх смерти от удушья и невроз ожидания), эти реакции были более дифференцированными и многообразными. Страх задохнуться во время приступа и ожидания его, страх одиночества, страх потерять ритм дыхания, умереть во время приступа от разрыва сердца или от паралича, страх смерти от приступа во сне и др.

Невротические расстройства, по нашим наблюдениям, варьировали от легких стертых форм до выраженных в зависимости от тяжести астматического заболевания.

При легкой форме астмы неврозоподобные расстройства обычно являлись стертыми и выступали в виде легкой физической астении либо стертых неврастеноподобных нарушений. Иную картину приобретали они при бронхиальной астме средней тяжести. Отмечалось многообразие различных неврозоподобных расстройств. Наблюдались довольно глубокие и более стойкие астенические расстройства, истероформные либо смешанные неврозоподобные состояния.

При более выраженных клинических приступах астмы отмечались колебания настроения до выраженных депрессивных расстройств, с жалобами на комок в горле, выраженным тремором конечностей.

При тяжелом течении астмы на первый план выступают неврозоподобные расстройства с массивными явлениями физической и психической астении, вегетативно-сосудистыми нарушениями. Во время приступа у этих больных часто возникают суицидальные мысли. При длительном течении астмы у больных выявляются разнообразные ипохондрические построения.

Лечение больных бронхиальной астмой всегда представляло огромные трудности. Длительное время основной формой лечения бронхиальной астмы была медикаментозная терапия, которая довольно широко описана в литературе. Впервые гипнотерапия больных бронхиальной астмой была применена Wetterstrand (1888). В последующем в литературе приводятся единичные наблюдения отдельных авторов за лечением больных астмой путем гипносуггестивной терапии. Так, В.М. Белоус (1925) успешно применил гипноз при лечении 10 больных. Ф.К. Меньшиков и А.Б. Маленкович (1953) сообщили о лечении бронхиальной астмы гипнозом 8 больных. Авторы наблюдали также ряд больных, у которых после безуспешной попытки лекарственного воздействия применение гипнотерапии дало быстрое и полное устранение астматического приступа.

К нам обращались больные, страдающие бронхиальной астмой в различной степени ее выраженности. Все эти больные наблюдались пульмонологами и получали соответствующую медикаментозную терапию.

Большинство из обратившихся к нам больных были больные, на которых даже гормональная терапия (преднизолон) не оказывала должного эффекта. Нам было приятно работать с этими больными из-за их высокой внушаемости. Поразительным был тот факт, что уже одним погружением в гипнотическое состояние нам удавалось купировать приступ и выводить больных из него даже при затяжных приступах с выраженным астматическим состоянием.

Но все же большая часть больных с бронхиальной астмой характеризовалась «приступами» астматического типа, возникающими в связи с тяжелыми психотравматическими ситуациями. Наша модель гипносуггестивной терапии предназначена именно для такой категории больных.

На I подготовительном этапе врач подробно разъясняет больному, что причиной его заболевания бронхиальной астмой является стрессовая ситуация (как и во всех других случаях невроза, врач подробно перечисляет, какие переживания вызвали болезненное состояние). В результате тяжелых переживаний произошло разрегулирование основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного.

Изменились их основные свойства: сила и подвижность, то есть эти два процесса ослабели и стали менее подвижными. Центр, регулирующий функцию дыхательной системы, и, главным образом, работу гладкой мускулатуры бронхов, а также активность бронхиальных желез оказался заторможенным. В результате нарушения регуляции работы бронхов и бронхиальных желез развиваются застойные явления в бронхах, приводящие к спазму бронхов (приступ удушья) и проявлению всех невротических симптомов (перечисляются конкретные симптомы).

Далее врач продолжает разъяснять больному, что при проведении сеанса гипноза необходимо словесное внушение направить прежде всего на общее успокоение больного, на пробуждение у него ощущения здоровья. А затем все внушения направить на уравнивание центральной нервной системы, ее основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного; на нормализацию этих двух процессов, повышение их силы и подвижности в результате уравнивания центральной нервной системы происходит растормаживание центра, регулирующего функцию дыхательной системы, в связи с чем восстанавливается нормальная жизнедеятельность бронхов и бронхиальных желез, позволяющих нормализовать акт дыхания и устранить все имеющие место невротические симптомы, то есть добиться полного выздоровления.

Затем врач погружает больного в состояние лечебного сна (гипноза) (II этап).

Далее продолжается внушение (III этап), нацеленное на общее успокоение больного и восстановление ощущения прежнего здоровья.

Затем врач продолжает внушения для уравнивания центральной нервной системы (IV этап). Он продолжает разъяснять больному, что под влиянием внушений происходит уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбуждательного, что вследствие этого уравнивания восстанавливаются свойства этих процессов: их сила и подвижность, в результате чего растормаживается центр, регулирующий жизнедеятельность дыхательной системы и восстанавливается весь дыхательный процесс. Кроме того, указывается врачом, что в нормализации жизнедеятельности дыхательной системы важную роль играет продолжающаяся нормализация вегетативной нервной системы. Заканчивается внушение в этом этапе тем, что уравнивание деятельности центральной нервной системы будет способствовать не только нормализации деятельности дыхательной системы, но и устранению всех невротических симптомов болезни.

Далее внушения врача направлены на изменение отношения больного не только к отдельным болезненным явлениям, но и болезни в целом (V и VI этапы). Врач продолжает внушать, что общее успокоение больного и нормализация деятельности центральной нервной системы позволяют больному все спокойнее и спокойнее реагировать на отдельные болезненные симптомы, в особенности приступы удушья; больные в связи с возрастающим спокойствием перестают ожидать очередные приступы удушья. Далее врач внушает больному, что наступило уравнивание центральной нервной системы, что больной остается спокойным, что нормализовалась функция легочной системы, что дыхательный процесс нормализовался полностью. В это время врач предлагает сделать несколько глубоких вдохов (что больной делает легко), а затем внушает больному, что как легко больной вдохнул воздух в легкое, так же легко он будет выдыхать воздух (врач просит больного сделать выдох). Как правило, во время сеанса больной начинает свободно выдыхать воздух из легких. Это дает повод врачу похвалить больного и продолжить внушение, нацеленное на то, что и в бодрствующем состоянии больной сможет легко и свободно и вдыхать и выдыхать воздух из легких. Врач заканчивает внушение вытеснением из сознания больного всего периода болезни, подчеркивая роль вытеснения в быстрейшем выздоровлении.

Далее внушения врача направлены на повышение интереса больного к обыденным сторонам его жизни и деятельности и осознание значения этого для быстрейшего выздоровления (VII этап). Особое значение для быстрейшего выздоровления имеет соблюдение физкультурного режима, который сам по себе способствует повышению тонуса мозговых нервных клеток и ускоряет процесс быстрейшего и полного выздоровления.

Дальнейшие (VIII этап) внушения врача нацелены на возрастающую под влиянием словесного воздействия уверенность больного в себе и в возможности полного выздоровления.

Затем врач продолжает внушения для повышения роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап).

И завершается сеанс (X и XI этапы) обобщающим внушением и пробуждением больного от лечебного сна. В заключительной части внушения, нацеленного на пробуждение больного из лечебного сна, врач указывает, что точно так же, как во время сеанса, больной смог свободно вдыхать и выдыхать воздух из легких, он это сможет делать и после пробуждения от лечебного сна. После пробуждения больного от лечебного сна врач предлагает больному сделать несколько глубоких вдохов и выдохов. Как правило, уже после первого сеанса большинство пациентов значительно легче производило выдох воздуха из легких.

Лечение больных бронхиальной астмой при помощи приведенной выше модели оказалось высокоэффективным. Как правило, нам удавалось не только нормализовать акт дыхания, но и полностью купировать приступы удушья (даже в тяжелых случаях).

Курс состоялся из 5-15 сеансов гипносуггестивной терапии в зависимости от длительности и тяжести заболевания. При тяжелых астматических приступах сеансы проводились ежедневно; при легких и средних «приступах» через день.

В процессе гипносуггестивной терапии, даже в тяжелых случаях, постепенно сокращался прием гормональных препаратов больным, вплоть до полной их отмены. Для многих больных в дальнейшем проводилась поддерживающая терапия из 10-15 сеансов один раз в 10 дней. У некоторых больных нам удавалось купировать удушье при проявлении предвестников. Катамнестические сведения разной продолжительности подтверждали эффективность нашей модели при лечении бронхиальной астмы.

9.4. Гипноанализ при постинфарктных состояниях.

Описания нервно-психических расстройств у данной группы больных в литературе нам найти не удалось. В течение нескольких лет мы наблюдали больных, перенесших инфаркт миокарда разной степени тяжести, с различной давностью заболевания. Все больные, обращавшиеся к нам после перенесенного инфаркта на отдаленном этапе, прошли в остром периоде заболевания курс лечения в стационаре и длительный курс реабилитационного лечения в профилакториях.

Ведущей жалобой у этой группы больных был страх перед повторным инфарктом. В клинической картине у этих больных отмечались раздражительная слабость, колебания настроения, повышенная впечатлительность и настороженность. Эти больные старались ходить осторожно, медленно, оберегая себя от чрезмерного напряжения. Они исключали всякое лишнее физическое напряжение. Дома почти все время лежали в постели.

Анализ причин, провоцирующих возникновение подобных состояний, показал, что основным являлись характерологические особенности личности, которые в большинстве своем можно трактовать как тревожно-мнительные. На фоне этих особенностей участились явления ятрогении, которые и способствовали возникновению навязчивого страха перед возможным повторным инфарктом миокарда и заострению характерологических особенностей.

Мы расценили этот страх как навязчивый и провели лечение по разработанной нами общей модели гипносуггестивной терапии неврозов с навязчивостями (см. описание этой модели выше) с учетом некоторой специфики возраста больного.

Применение модели гипносуггестивной терапии для больных, перенесших инфаркт миокарда, оказалось весьма эффективным. Помимо устранения навязчивого страха, удавалось активизировать больных, приобщать их к труду в домашних условиях. Большинство из них после лечения активно помогали в работе по дому. Курс гипносуггестивной терапии, как правило коллективной, включал от 8 до 15 сеансов, проводимых через день для некоторых больных с длительным сроком заболевания, после общего курса лечения, проводились индивидуально 10 сеансов (один сеанс в 10 дней) подкрепляющей терапии.

Полученные нами в разные сроки от 6 месяцев до 3 лет катamnестические данные подтверждали высокую эффективность проводимой нами терапии.

9.5. Гипноанализ при некоторых кожных заболеваниях (бородавки, псориаз, экзема, нейродермит).

Из года в год гипносуггестивная терапия в кожной клинике находит все более широкое применение. Общеизвестно, что внушением в гипнозе можно вызвать на коже разнообразные изменения.

П.И. Буль (1974) описывал так называемые «стигмы христовы», кровавые пятна на теле истерических особ, возникающие по механизму самовнушения в момент религиозного экстаза.

П.П. Подъяпольский (1909) вызывал на спине испытуемого эритему при внушении воображаемого горчичника.

Известны работы об истерических экземах, гангренах кожи, облысении, отеках, зуде кожи и бородавках, вызванных психотравмирующими моментами.

И.П. Павлов и его ученики (К.М. Петрова) доказали роль коры полушарий головного мозга в возникновении заболеваний кожи. Даже такой процесс, как воспаление кожи, может возникнуть под влиянием раздражения как периферических нервных окончаний, так и коры больших полушарий головного мозга. Клинические наблюдения многих дерматологов подтверждают участие коры головного мозга в механизме развития многих кожных заболеваний, обусловленных психическими переживаниями и длительно действующими отрицательными эмоциями. При ряде психических нарушений могут развиваться такие кожные заболевания, как крапивница, красный плоский лишай, эритема, пузырчатка, экземы разного вида, изъязвления, некрозы и многие другие кожные заболевания.

В обширной литературе по лечению кожных заболеваний гипносуггестией отмечается ее высокая эффективность, однако почти никто из авторов не описывает содержание проводимого внушения.

К нам однажды обратился дерматолог с просьбой провести гипносуггестивную терапию больной, с множеством мелких бородавок на пальцах рук. С использованием гипносуггестивной терапии при многих кожных заболеваниях, в том числе и при бородавках, мы были знакомы только по литературе.

Наши попытки любезно отказать дерматологу в просьбе были сломлены его упорной настойчивостью, и мы согласились осмотреть эту больную.

Больная О., 16 лет, ученица 10 класса, посетила нас в сопровождении матери. Стало известно, что заболеванию предшествовала тяжелая психотравмирующая ситуация, связанная с трагической гибелью любимого отца, происшедшей год назад. Через 3-4 месяца после психотравмы на фоне реактивно-невротического состояния на всех пальцах обеих рук вокруг ногтевого ложа появились мелкие бородавки венчикообразной формы. Дерматолог в течение 4 месяцев лечил больную различными мазями, но безрезультатно.

Из-за отсутствия в имеющейся литературе рекомендаций по содержанию внушений при кожных заболеваниях мы обратились за помощью к опытному дерматологу В.Я. Герштенкерну (г. Днепропетровск), который подсказал нам некоторые идеи, позволившие нам найти эффективные формулы воздействия на больных под гипнозом, за что мы ему очень признательны и благодарны.

Таким образом наш первый опыт применения гипносуггестивной терапии в клинике кожных заболеваний оказался удачным.

Содержание внушений, использованных нами для лечения О., легло в основу моделей гипносуггестивной терапии при всех кожных заболеваниях (псориаз, экзема, нейродермит).

Итак, после всестороннего обследования больной О. ей были предложены соответствующие медикаментозное лечение и гипносуггестивная терапия.

Мы разъяснили больной, что причиной ее болезни явилась тяжелая психотравмирующая ситуация. В следствии стресса произошло разрегулирование основных нервных процессов центральной нервной системе: тормозного и возбуждательного; оба нервных процесса стали значительно слабее и тормозной процесс стал менее подвижным, застойным. В результате своей инертности тормозной процесс способствовал ослаблению многих функций организма. В частности, нарушилась работа желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы. В силу наступившей микропатологии указанных функций организма нарушилась трофика (питание) кожных покровов и образовались воспалительные очаги на пальцах рук. Но в связи с тем, что воспалительный процесс протекал на патологической почве, он закончился ороговением и образованием бородавок. То есть воспалительный процесс как бы остановился на этапе ороговения.

Для того чтобы освободиться от бородавок в гипнотическом состоянии под влиянием внушений, врачу необходимо внушениями нормализовать тормозной и возбуждательный процессы, растормозить центры, регулирующие деятельность желудочно-кишечного тракта и сердечнососудистой системы, обострить воспалительный процесс в области бородавок и способствовать тем самым его завершению до полного заживления, то есть до отторжения бородавок. Эти сведения врач сообщает больному во время подготовительного этапа (I этап).

Далее врач погружает больного в гипнотическое состояние (II этап).

Затем врач продолжает лечебное воздействие, нацеленное на общее успокоение больного (III этап): «Вы спите приятным лечебным сном; продолжаете внимательно прислушиваться к каждому моему слову и стараетесь как можно больше вчувствоваться во все то, что я Вам говорю.

Вы чувствуете, как, под влиянием моих внушений, Вы начинаете чувствовать себя спокойным, уравновешенным человеком. Ваше спокойствие и уравновешенность возрастают и будут продолжать возрастать во всех последующих сеансах. При этом спокойствие возрастает и становится более выраженным, более постоянным, более стабильным. И Вы начинаете обретать чувство спокойствия, стойкости и выносливости. На фоне возрастающих спокойствия, стойкости, выносливости, под влиянием моих внушений, начинает выравниваться Ваше настроение, появляется жизнерадостность. Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали в период Вашего прежнего здорового состояния, то есть у Вас появляется ощущение своего прежнего здорового состояния: спокойствие, стойкость, выносливость, жизнерадостность.

Сон Ваш продолжает углубляться; мои внушения продолжают сильнее действовать на Вас; Вы более внимательно прислушиваетесь ко всему тому, что я Вам говорю, и стараетесь как можно больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее врач проводит внушения для уравнивания центральной нервной системы (IV этап): «Вы продолжаете чувствовать себя здоровым человеком. И на фоне этого здорового самоощущения, под влиянием моих внушений, начинает уравниваться Ваша центральная нервная система. Начинают уравниваться основные нервные процессы Вашей центральной нервной системы: тормозной и возбуждательный. Уравниваются их основные свойства: сила и подвижность. Восстановление основных нервных процессов — тормозного и возбуждательного — имеет первостепенное значение для быстрого Вашего выздоровления, быстрого очищения Вашей кожи от бородавок, в связи с тем что эти два процесса регулируют всю жизнедеятельность Вашего организма. Они не случайно называются основными нервными процессами: они регулируют все функции организма, управляют всеми системами организма. И наконец, эти процессы обеспечивают нормальные взаимоотношения Вашего организма с внешней средой. В связи с тем что при нервном срыве значительно снижается уровень адаптации организма к условиям внешней среды, уравнивание основных нервных процессов будет способствовать повышению уровня адаптации Вашего организма до прежнего здорового уровня. Чем больше будут уравниваться тормозной и возбуждательный процессы, тем выше будет становиться уровень адаптации организма к внешней среде, тем быстрее Ваша кожа очистится от бородавок.

Под влиянием моих внушений, в этом замечательном лечебном сне продолжают уравниваться тормозной и возбуждательный процессы в Вашей центральной нервной системе. В целом нормализуются взаимоотношения между всеми

физиологическими процессами Вашего организма и его нервно-психическими функциями.

Продолжают уравниваться тормозной и возбудительный процессы, начинает нормализоваться деятельность Вашего желудочно-кишечного тракта. Аппетит становится умеренным, нормализуются сокоотделение, желчеотделение, деятельность желудка и кишечника, что способствует быстрейшему устранению кожных образований.

На фоне все большего уравнивания тормозного и возбудительного процессов начинает нормализоваться деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы. Артериальное давление и пульс становятся ровными, улучшается кровообращение. За счет улучшения кровообращения улучшается питание всех тканей и органов организма, всего организма в целом, в том числе улучшается питание Ваших кожных покровов. За счет улучшения питания кожных покровов возможны быстрейшее обострение воспалительного процесса в области бородавок и их быстрейшее отторжение и заживление кожи пальцев рук.

Продолжают уравниваться тормозной и возбудительный процессы, начинает нормализоваться деятельность Вашего эндокринного аппарата, гормоны начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для осуществления нормальной жизнедеятельности всего организма, что также, несомненно, будет способствовать быстрейшему очищению кожи от бородавок.

Чем больше и больше, под влиянием моих внушений, будут продолжать уравниваться тормозной и возбудительный процессы, тем быстрее нормализуются обменные процессы организма, тем быстрее нормализуется его витаминный баланс. То есть Ваш организм в настоящее время, под влиянием моих внушений, начинает работать как единое, здоровое целое, то есть он начинает работать так, как должен работать совершенно здоровый организм.

Сон Ваш продолжает углубляться; внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе. Вы стараетесь все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на изменения отношения больного к отдельным болезненным явлениям и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; Ваш организм в целом продолжает работать как единое, здоровое целое, точно так же совершенно здоровый Ваш организм будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем нормальной, здоровой жизнедеятельности Вашего организма в состоянии бодрствования будет Ваше спокойствие. Спокойно Вы будете чувствовать себя всюду, где бы Вы ни находились. Спокойно Вы будете себя чувствовать после Вашего пробуждения от лечебного сна. Спокойствие будет сохраняться и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего благополучия, и в обстановке внешне напряженной, экстремальной, то есть в любой обстановке, где бы Вы ни находились, Вы будете сохранять полное спокойствие, полную уравновешенность. И чем спокойнее Вы будете чувствовать себя в состоянии бодрствования, тем спокойнее Вы будете реагировать на любые, даже чрезвычайно сильные внешние раздражители; особенно спокойно Вы будете реагировать на наличие у Вас на пальцах рук бородавок.

Чем спокойнее Вы будете реагировать на наличие у Вас на пальцах бородавок, тем быстрее Вы избавитесь от них.

В данный момент Вы продолжаете чувствовать себя совершенно спокойным человеком. Спокойствие Ваше продолжает возрастать, и на фоне возрастающего спокойствия начинает лучше функционировать желудочно-кишечный тракт, сердечно-сосудистая система. Улучшается кровообращение. Вы чувствуете, как тепло приливает к Вашим пальцам рук. Это свидетельствует о том, что кровообращение в области пальцев рук улучшилось. Тепло в пальцах рук нарастает. И на фоне нарастающего чувства тепла в области пальцев рук обостряется воспалительный процесс. С каждым последующим сеансом воспалительный процесс будет протекать более интенсивно и приводить к быстрейшему заживлению бородавок, их быстрейшему исчезновению с поверхности кожи.

Для того чтобы процесс очищения кожи пальцев рук от бородавок протекал интенсивнее, я рекомендую Вам уже после сегодняшнего сеанса перестать фиксировать Ваше внимание на бородавках. Вы будете смотреть на Ваши руки во время умывания, во время приема пищи и работы, но Вы бородавки свои как бы перестанете замечать. Чем реже Вы будете разглядывать Ваши бородавки, тем быстрее они отторгнутся от кожи Ваших рук.

Сон Ваш продолжает углубляться, мои внушения все сильнее и сильнее продолжают действовать на Вас, внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушения VII этапа — этапа повышения интереса больной к обыденным сторонам жизни и деятельности: «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, все меньше и меньше появляется у Вас желание рассматривать свои бородавки.

Вы все меньше и меньше думаете о своей болезни. Под влиянием моих внушений начинают пробуждаться Ваши интересы к обыденным сторонам жизни. Вы начинаете проявлять больший интерес к учебе, к дому, к работе, к различным развлечениям, то есть Вы начинаете интересоваться всем тем, чем Вы интересовались до периода заболевания. Наряду с возрастанием Ваших прежних интересов, у Вас будет пробуждаться интерес к строгому соблюдению физкультурного режима. Занимаясь регулярно утренней зарядкой, Вы тем самым будете способствовать повышению Вашего мышечного тонуса, а повышение мышечного тонуса будет способствовать рефлекторному повышению тонуса клеток мозга. И чем выше будет становиться тонус клеток мозга, тем лучше будет функционировать весь организм в целом. Ваша кожа быстрее будет очищаться от бородавок.

Сон Ваш продолжает углубляться; внимание Ваше продолжает сосредоточиваться на моем голосе, Вы продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач переходит к внушению для повышения уверенности больного в себе и в выздоровлении: «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно (VIII этап). Спокойствие Ваше продолжает возрастать. И на фоне возрастающего спокойствия под влиянием моих внушений Вы начинаете обретать все большую и большую уверенность в себе, уверенность в том, что кожа Ваша полностью очистится от бородавок. Возрастающая Ваша уверенность в выздоровлении будет способствовать быстрейшему очищению Вашей кожи от бородавок. Вы должны освободиться от бородавок и Вы освободитесь от них!

Сон Ваш продолжает углубляться, внимание Ваше по-прежнему сосредоточено на моем голосе, Вы все больше и больше вчувствуетесь во все то, что я говорю».

Затем врач продолжает внушать относительно повышения роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко, спокойно, уверенно. И в состоянии бодрствования всюду, где бы Вы ни находились, вспоминая о моих внушениях, Вы будете сами внушать все необходимое для того, чтобы регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации в целях быстрейшего самоочищения Вашей кожи от бородавок».

После заключительного внушения (X этап) врач пробуждает пациента от лечебного сна (XI этап): «Вы продолжаете чувствовать себя необыкновенно легко и спокойно. Вы чувствуете себя так, как будто бы Вы спали несколько часов. Голова Ваша стала необыкновенно легкой и ясной, мысли четкими. Тело Ваше освободилось от каких-либо посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойной, стойкой, выносливой, жизнерадостной. Вы чувствуете себя так, как должен чувствовать здоровый человек. Полностью нормализовалась Ваша центральная нервная система, уравновесились основные нервные процессы, их сила и подвижность. Нормализовались все физиологические процессы организма и все нервно-психические его функции. Тепло сохраняется в пальцах Ваших рук, что свидетельствует об обострении воспалительного процесса в области бородавок и начавшемся заживлении следов бородавок. Вы совершенно спокойно реагируете на свои кожные образования. Исчезло желание рассматривать свои руки. Ваши жизненные интересы продолжают возрастать и возрастает интерес к соблюдению спортивного режима. Вы чувствуете себя уверенно; Вы уверены в том, что кожа Ваша полностью очистится от бородавок. И наконец, Вы чувствуете, что в состоянии бодрствования сможете сами внушать себе все необходимое для того, чтобы самостоятельно регулировать и управлять своей

нервной деятельностью в любой ситуации. Вы чувствуете себя отдохнувшим, здоровым человеком. И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекраснейшем состоянии здоровья, никаких неприятных ощущений во всем теле Вы больше не будете испытывать, настроение Ваше будет оставаться ровным. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас и в бодром состоянии в любой ситуации. Раз! Два!»

В процессе использования этой модели во время 7-го сеанса, на VI этапе, внушений нацеленных на прекращение фиксации больной на своих бородавках, у больной О. все бородавки «распустились, как бутоны роз». После этого мы начали внушать больной о более быстром слущивании бородавок и к 15-17 сеансам пальцы рук очистились от бородавок полностью.

В дальнейшем мы применяли довольно успешно данную модель гипносуггестивной терапии при лечении и бородавок, экзем, псориаза и нейродермита.

Курс лечения состоял из 15-20 сеансов через день. Лечение оказалось очень эффективным. Однако у некоторых больных отмечались рецидивы заболевания, для них проводились повторные курсы лечения либо несколько сеансов гипносуггестивной терапии для предупреждения возможного обострения болезненного процесса. Это касалось в большей степени больных, страдающих экземой, псориазом и нейродермитом. Повторное применение гипносуггестивной терапии у указанных выше больных носило больше профилактический характер.

Глава 10. Гипноанализ хронического алкоголизма.

Болезненные состояния, возникающие в результате длительного приема алкогольных напитков, известны с давних времен. Алкоголь по своим свойствам является хронически действующим ядом, отрицательно влияющим на здоровье человека. Правда, медицине известны случаи, когда дозированное применение спирта оказывало на некоторые формы болезней положительный эффект.

Интерес к алкогольным напиткам обусловлен, прежде всего, состоянием эйфории, которое возникает в результате их приема. В погоне за эйфорией человек перестает критически оценивать изменения в нем самом, приводящие постепенно к его гибели. Поэтому необходимо освободить от пагубного влияния алкоголя тех, кто им злоупотребляет.

Мы не преследуем цели подробно описать методы лечения болезненных состояний, вызванных злоупотреблением спиртными напитками, лишь коротко перечислим существующие в настоящее время методы лечения.

В начале XX века в России В.М. Бехтерев широко применял гипноз для лечения хронического алкоголизма в амбулаторных условиях, получая при этом высокий терапевтический эффект.

В настоящее время для лечения хронического алкоголизма используются самые разнообразные средства воздействия, включая условно-рефлекторную терапию, трудотерапию, лекарственную терапию.

Последние годы при лечении хронического алкоголизма широко применяется групповая эмоционально-стрессовая психотерапия по К.И. Платонову и В.Е. Рожнову. В Америке высокоэффективной является терапия хронического алкоголизма в группах общения. Создается широкая сеть антиалкогольных клубов, где достигается очень высокий терапевтический эффект.

В России в последние годы эффективно использовалась методика гипносуггестивного лечения хронического алкоголизма с одновременным кодированием, разработанная А.Р. Довженко.

В своей практике мы использовали различные перечисленные выше методики лечения хронического алкоголизма. Однако их эффективность оказывалась значительно ниже, чем у самих авторов. Это обстоятельство натолкнуло нас на идею создания своей собственной методики гипносуггестивной терапии хронического алкоголизма. Наилучших результатов в лечении хронического алкоголизма мы

достигали при проведении индивидуального лечения, хотя коллективная гипносуггестивная терапия также была достаточно эффективной.

После всестороннего клинического обследования больного врач разъясняет ему сущность метода лечения хронического алкоголизма. Прежде всего врач подтверждает поставленный больному в результате обследования диагноз хронического алкоголизма и разъясняет, на основании каких объективных данных он поставлен. Это разъяснение имеет очень важное значение для дальнейшего психотерапевтического воздействия на больного.

На первом, подготовительном или предварительном этапе психотерапевтического воздействия врач подчеркивает, что алкоголь по своим физико-химическим свойствам является ядом, отравляющим организм любого человека и вызывающим в последующем разнообразные тяжелые соматические заболевания. В последнее десятилетие ученые обнаружили, что у некоторых людей наряду с обычным отравлением организма при длительном приеме алкоголя разрушаются клеточные структуры жизненно важных органов; особенно подвержены разрушению клеточные структуры мозга. Алкоголь способствует постепенному медленному разрыхлению и истончению оболочек клеток мозга, изменению их проницаемости и гибели самих клеток. В результате в мозге как бы образуются островки этих погибающих клеток — «трупиков». Погибшая мозговая клетка должна разложиться и рассосаться. Разложение «трупиков» и их рассасывание сопровождаются тяжелой интоксикацией, что выражается в плохом самочувствии. Для «исправления» этого плохого самочувствия больные прибегают к приему алкоголя. Больные, принявшие очередную порцию алкоголя, начинают временно чувствовать себя лучше, но гибель других мозговых клеток в это время продолжается. Далее врач фиксирует внимание больных на том, что нарастающая гибель мозговых клеток постепенно приводит к упадку интеллектуальной деятельности, то есть к постепенному снижению интеллекта и нарастанию слабоумия. На первом этапе болезни человек не ощущает прогрессирующего снижения интеллекта, однако для окружающих это заметно. Наряду с нарастающим слабоумием, под влиянием алкоголя возникают инсульты, инфаркты и цирроз печени, что обуславливает раннюю гибель человека. В последние годы отмечается омоложение летальных исходов у людей, злоупотребляющих спиртными напитками.

Далее врач сообщает больному о том, что алкоголь разрушает клетки мозга только у тех людей, у которых имеется наследственная непереносимость алкоголя. Медицина не располагает объективными методами определения наследственной непереносимости алкоголя, поэтому нельзя сказать заранее молодому человеку, имеет ли он право принимать спиртные напитки или нет; вызовут ли они у него заболевание или нет. Однако после выявления при осмотре признаков хронического алкоголизма врач говорит больному о том, что тот не имел права в молодом возрасте принимать спиртные напитки, и сейчас, когда налицо уже признаки болезни, он обязан прекратить прием спиртных напитков навсегда, то есть до конца своей жизни. Почему человек должен прекратить прием спиртных напитков до конца своей жизни? На этот вопрос врач отвечает однозначно. Человек должен прекратить прием спиртных напитков до конца жизни в связи с тем, что даже после приема алкоголя через 10 и более лет от начала воздержания у людей, ранее болевших хроническим алкоголизмом, даже небольшая доза алкоголя вызывает более массовую, чем прежде, гибель мозговых клеток со всеми описанными выше последствиями.

Далее врач сообщает больному о том, что у него в данный момент еще имеется возможность прекратить прием спиртных напитков, поскольку у него еще нет выраженных признаков деградации. (Надо заметить, что мы стараемся для лечения отбирать больных, у которых нет выраженных признаков алкогольной деградации.)

Подготовку больного к лечению врач завершает разъяснением сущности предлагаемого метода.

Курс лечения включает медикаментозную и гипносуггестивную терапию. Из медикаментозных средств врач назначает больному какой-либо антидепрессант, способствующий выравниванию настроения; френолон (и объясняет, что этот препарат способствует быстрейшему выведению шлаков, накопившихся во всем организме, особенно в мозге) и ноотропил (для быстрейшего заживления мозговой ткани, разрушенной алкоголем).

После назначения медикаментозного лечения врач предлагает больному курс гипносуггестивной терапии. Получив согласие больного на проведение гипносуггестивной терапии, врач разъясняет ему значение этого курса для быстрого и окончательного выздоровления.

Далее врач готовит больного к гипносуггестивной терапии по общей схеме (см. таблицу № 2), предварительно разъясняя, что такое гипноз, какое он будет оказывать влияние на организм и как внушения в гипнотическом состоянии будут способствовать быстрейшему выздоровлению.

Далее врач погружает больного в гипнотическое состояние (II этап) по общей схеме и проводит внушение для успокоения больного (III этап): «Вы спите глубоким приятным лечебным сном и отчетливо слышите мой голос. Ваше внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете вчувствоваться в каждое мое слово. Вы чувствуете, как, под влиянием моих внушений, в этом замечательном лечебном сне Вы начинаете обретать чувство общего спокойствия. Исчезают всяческие волнения и раздражения. Спокойствие Ваше, под влиянием моих внушений, продолжает возрастать и обретать все более выраженный, стабильный характер. И Вы чувствуете себя не только спокойнее, но и более стойким и более выносливым. Под влиянием моих внушений продолжают возрастать Ваши спокойствие, стойкость и выносливость. И на фоне возрастающих спокойствия, стойкости и выносливости начинает выравниваться Ваше настроение. Вы начинаете чувствовать себя жизнерадостно. Под влиянием моих внушений, в настоящее время Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным, то есть у Вас появляется самоощущение прежнего здорового самочувствия, то есть Вы начинаете чувствовать себя так, как Вы чувствовали себя до начала злоупотребления спиртными напитками.

Самоощущение прежнего здорового состояния, под влиянием моих внушений, в последующие сеансы будет становиться более устойчивым. Возрастающее спокойствие будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению.

Сон Ваш продолжает углубляться, внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Далее внушения врача нацелены на уравнивание процессов в центральной нервной системе (IV этап).

«Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; Вы чувствуете себя здоровым человеком. И на фоне здорового самоощущения, под влиянием моих внушений, в этом лечебном сне начинает уравниваться Ваша центральная нервная система, то есть начинают уравниваться основные нервные процессы: тормозной и возбудительный. В связи с тем что в результате алкогольной интоксикации эти два нервных процесса разрегулировались, в связи с чем нарушилось нормальное течение всех физиологических процессов организма и все нервно-психические его функции, уравнивание основных нервных процессов: тормозного и возбудительного имеет очень важное значение для Вашего быстрейшего выздоровления. Эти процессы по праву называются основными нервными процессами высшей нервной деятельности в связи с тем, что они регулируют всю жизнедеятельность организма. Они регулируют все функции организма; тормозной и возбудительный процессы управляют всеми системами организма, и наконец, эти два нервных процесса обеспечивают нормальные взаимоотношения между Вашим организмом и внешней средой, то есть обеспечивают нормальное приспособление или адаптацию Вашего организма к условиям внешней среды. По мере того как, под влиянием моих внушений, все больше и больше будут уравниваться основные нервные процессы: тормозной и возбудительный, уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды будет повышаться все в большей и большей степени. В связи с тем что длительная алкогольная интоксикация в значительной степени снизила уровень адаптации Вашего организма к условиям внешней среды и вместе с тем снизила Вашу волевою активность, повышение уровня адаптации и волевой активности будет способствовать быстрейшему Вашему выздоровлению. Чем больше и больше, под влиянием моих внушений, будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы клеток мозга, тем уровни адаптации и волевой активности будут ближе к прежним здоровым уровням и тем быстрее Вы избавитесь от вредной привычки. Чем больше будут уравниваться тормозной и возбудительный процессы, тем больше

Ваш организм в целом будет работать в режиме здоровых взаимосвязей между всеми физиологическими процессами и нервно-психическими функциями.

Продолжают все больше и больше, под влиянием моих внушений, уравниваться тормозной и возбуждающий процессы в центральной нервной системе. Начинает нормализоваться работа Вашего желудочно-кишечного тракта. Аппетит Ваш значительно улучшается, нормализуется деятельность желудка и кишечника.

Продолжают, под влиянием моих внушений, уравниваться тормозной и возбуждающий процессы центральной нервной системы, начинает нормализоваться деятельность Вашей сердечно-сосудистой системы. Артериальное давление и пульс становятся ровными, улучшается кровообращение. В связи с улучшением кровообращения улучшается питание всех клеток организма, всех тканей и органов, всех систем организма, всего организма в целом и, естественно, улучшается питание мозга. Улучшение питания мозга будет способствовать быстрой нормализации деятельности всего мозга и быстрейшему выведению «шлаков», накопившихся в результате гибели мозговых клеток.

Под влиянием моих внушений, продолжают уравниваться тормозной и возбуждающий процессы; начинает нормализоваться работа Вашей эндокринной системы. Гормоны начинают выделяться железами внутренней секреции в кровь в таком количестве, которое необходимо для нормальной жизнедеятельности организма.

Продолжают уравниваться тормозной и возбуждающий процессы; начинают выравниваться обменные процессы всего Вашего организма; начинает нормализоваться витаминный баланс.

На дальнейших сеансах под влиянием моих внушений будет продолжаться нормализация всех физиологических процессов организма, то есть организм будет работать все ближе и ближе к режиму работы совершенно здорового, Ваш организм будет работать так, как он работал тогда, когда Вы были совершенно здоровым человеком. Ваш организм в настоящее время работает как единое, здоровое целое.

Сон Ваш продолжает углубляться, Ваше внимание больше и больше продолжает сосредотачиваться на моем голосе; Вы продолжаете все больше и больше вчувствоваться в каждое мое слово».

Затем врач продолжает внушение перестройки отношения больного к отдельным болезненным симптомам и к болезни в целом (V и VI этапы): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно, организм Ваш продолжает работать как единое, здоровое целое. Точно так же, как работает Ваш организм в настоящее время, то есть во время лечебного сна, он будет продолжать работать и после Вашего пробуждения от лечебного сна. Показателем сохраняющейся нормальной жизнедеятельности Вашего организма в состоянии бодрствования будет являться Ваше спокойствие. Спокойно Вы будете чувствовать себя и после пробуждения от лечебного сна, и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего полного благополучия, и в обстановке напряженной, экстремальной. Чем спокойнее Вы будете чувствовать себя в состоянии бодрствования, тем больше будет повышаться Ваша волевая активность. Повышение волевой активности имеет очень важное значение для Вашего быстрого выздоровления. В связи с тем что в результате алкогольной интоксикации уровень Вашей волевой активности значительно снизился, повышение его в настоящее время будет способствовать Вашей большей стойкости при воздержании от приема спиртных напитков. В значительной степени повышению Вашей волевой активности будет способствовать возрастающее под влиянием моих внушений осознание Вами того, что Вы относитесь к категории тех людей, которые генетически, наследственно не переносят спиртные напитки. Вы не имели права вообще начинать прием спиртных напитков, но Вы этого не знали. Сегодня Вы уже знаете, что прием спиртных напитков для Вас с самого начала был очень опасен. В результате злоупотребления спиртными напитками алкоголь проникал в мозг и, омывая клетки мозга, истончал, разрыхлял оболочки клеток мозга, способствуя тем самым проникновению алкоголя внутрь клеток. Как только алкоголь проникал внутрь клетки, клетка гибла. С тех пор как начали погибать мозговые клетки, они, разлагаясь, вызвали сильную интоксикацию, которая усиливала потребность выпить новую дозу алкоголя, чтобы «нейтрализовать» плохое самочувствие, вызванное интоксикацией. Каждый раз, когда гибли новые клетки мозга, наступало снижение

волевой активности, интеллектуальной деятельности. Постепенно нарастало оглушение, появились элементы деградации. Вы начали терять самые ценные человеческие качества. В настоящее время Вы остановились у опасной черты, у пропасти; Вы уже одной ногой висите над пропастью. Вы пришли ко мне вовремя. Вы пришли ко мне тогда, когда еще можно предотвратить катастрофу — Вашу гибель. Чтобы спасти Вас и **частично** компенсировать потери, вызванные алкогольной интоксикацией, имеется только один путь, единственный. Вы должны уже после сегодняшнего сеанса прекратить прием спиртных напитков не на один месяц или несколько лет, Вы должны прекратить прием спиртных напитков на всю оставшуюся Вашу жизнь, сколько бы лет Вы ни жили. Ибо в противном случае, если Вы даже через 5, 10, 20 и больше лет попытаетесь принять спиртные напитки, процесс разрушения мозговых клеток будет продолжаться, но с еще большей интенсивностью, чем прежде, и неминуем Ваш конец. Если Вы сейчас полностью прекратите прием спиртных напитков на всю последующую жизнь, Вы начнете отступать от края пропасти. Причем с каждым сеансом пропасть будет от Вас все дальше и дальше, Ваша волевая активность будет возрастать.

Помимо возрастания волевой активности, начнут включаться компенсаторные механизмы, то есть вместо погибших мозговых клеток начнут включаться в работу те запасные клетки мозга, которые находились в дремлющем состоянии. К счастью, у человека имеются такие мозговые клетки, которые могут заменить часть погибших клеток. В дальнейшем постепенно начнет восстанавливаться Ваша интеллектуальная деятельность. Вы будете все с большей и большей легкостью воздерживаться от приема спиртных напитков. Помогать Вам воздерживаться от приема спиртных напитков будет нарастающее, под влиянием моих внушений, отвращение к спиртным напиткам. Причем отвращение Ваше к спиртным напиткам будет носить не столько физический, сколько психологический характер. Чувство глубокого омерзения будет вызывать у Вас запах спиртных напитков, Вы будете неприязненно смотреть на людей, находящихся в состоянии алкогольного опьянения. Даже вид алкогольной тары, то есть бутылки, будет вызывать у Вас чувство отвращения. И это отвращение к спиртным напиткам под влиянием моих внушений с каждым последующим сеансом будет возрастать все больше и больше. Вы будете стараться меньше вспоминать обо всем периоде Вашей болезни, и избегать те ситуации, где Вы можете соприкоснуться с выпивкой.

Сон Ваш продолжает углубляться, спокойствие продолжает возрастать; внимание Ваше по-прежнему сосредоточивается на моем голосе; Вы по-прежнему продолжаете вчувствоваться во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение для повышения интереса больного к обыденным сторонам его жизни и (VII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Весь период Вашей болезни вытеснился полностью из Вашего сознания и забылся. Под влиянием моих внушений у Вас начинают пробуждаться интересы к обыденным сторонам жизни и деятельности, то есть пробуждаются те интересы, которые были у Вас в тот период, когда Вы еще не злоупотребляли спиртными напитками. У Вас начинает пробуждаться интерес к дому, семье, работе; Вы начинаете интересоваться литературой и искусством, театром и кино, телевизионными передачами и прессой. Причем эти интересы будут возрастать с каждым последующим сеансом.

Наряду с обычными Вашими интересами, под влиянием моих внушений, у Вас начинает возрастать интерес к соблюдению спортивного (физкультурного) режима». Врач говорит больному о спортивном режиме (см. общую схему). «Соблюдение спортивного (физкультурного) режима имеет очень важное значение для закрепления достигнутых результатов Вашего лечения. Занимаясь ежедневно спортом, Вы тем самым будете способствовать все большему и большему повышению мышечного тонуса. И чем выше будет мышечный тонус, тем все в большей и большей степени будет рефлекторно повышаться тонус мозговых нервных клеток. И чем выше будет становиться тонус мозговых нервных клеток, тем быстрее будут включаться в работу дремлющие мозговые клетки, тем быстрее будут включаться компенсаторные механизмы, тем быстрее будут повышаться память, интеллектуальная деятельность, волевая активность.

Сон Ваш продолжает углубляться, внимание по-прежнему сосредоточено на моем голосе; Вы все больше и больше вчувствуетесь во все то, о чем я говорю».

Далее врач продолжает внушение, нацеленное на повышение уверенности в себе и в выздоровлении (VIII этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно; Ваши интересы продолжают обретать все более здоровый характер. Под влиянием моих внушений, Вы начинаете обретать все большую и большую уверенность в себе. Исчезают всяческие сомнения, проявления самокопания. Возрастает Ваша уверенность в себе и в выздоровлении. Вы уверены в том, что Вы сможете полностью и на всю оставшуюся Вашу жизнь прекратить прием спиртных напитков. Вы должны быть и Вы будете совершенно здоровым человеком.

Сон Ваш продолжает углубляться, внимание продолжает сосредоточиваться на моем голосе; Вы продолжаете чувствовать во все то, что я говорю».

Далее врач продолжает внушение о повышении роли самовнушения и саморегуляции в выздоровлении (IX этап): «Вы продолжаете чувствовать себя легко и спокойно. Спокойствие Ваше будет сохраняться и после пробуждения от лечебного сна. И на фоне общего спокойствия в состоянии бодрствования, где бы Вы ни находились, вспоминая о моих внушениях, Вы будете внушать себе все необходимое для того, чтобы самому регулировать и управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации».

Далее врач проводит заключительное внушение (X этап) и пробуждение от лечебного сна (XI этап): «Вы чувствуете себя легко и свободно. Вы чувствуете себя так, как будто бы Вы поспали несколько часов. Голова Ваша стала ясной и легкой; тело освободилось от посторонних ощущений. Вы чувствуете себя спокойным, стойким, выносливым, жизнерадостным. Уравновесилась Ваша центральная нервная система, уравновесились основные нервные процессы в центральной нервной системе: тормозной и возбуждающий; нормализовалась активность всех физиологических и нервно-психических процессов Вашего организма. Организм продолжает очищаться от «шлаков»; растет понимание сущности отрицательного влияния алкоголя на Ваше здоровье и Вашу жизнь; возрастает Ваша волевая активность; возрастает отвращение к спиртным напиткам. Весь период злоупотребления спиртными напитками вытеснился из Вашего сознания; Ваши жизненные интересы продолжают приобретать здоровый характер. Вы осознаете важность соблюдения спортивного режима для включения компенсаторной деятельности мозговых клеток. Вы чувствуете себя уверенным человеком; Вы чувствуете, что Вы сможете освободиться от своего пристрастия к алкогольным напиткам. И наконец, Вы чувствуете, что Вы сможете управлять своей нервной деятельностью в любой ситуации, в том числе в ситуации «выпивки». То есть Вы чувствуете себя отдохнувшим, здоровым человеком.

И вот сейчас, когда Вы полностью отдохнули и почувствовали себя здоровым человеком, я сосчитаю до двух, Вы проснетесь в прекрасном состоянии здоровья, настроение будет ровное, никаких неприятных ощущений в теле не будет. Мои внушения будут продолжать действовать на Вас в любой ситуации. Раз! Два!»

Курс противоалкогольного лечения состоит из 15 сеансов, проводимых через день. Рекомендуется повторить 15-сеансовый курс гипносуггестивной терапии через 3 месяца. В последующем врач рекомендует посещать его для контроля не реже одного раза в месяц в течение года.

Описанная выше модель гипносуггестивной терапии оказалась высокоэффективной.

Многолетние катamnестические данные являются подтверждением этому. Однако в тех случаях, когда у больных в период обращения к врачу явления деградации были выражены в значительной степени, эффективность лечения оказывалась недостаточной, то есть больные, как правило, не выдерживали первого курса лечения и самостоятельно прерывали его.

Глава 11. Гипноанализ некоторых здоровых людей, испытывающих затруднения при исполнении их профессиональных обязанностей.

К этой группе людей относятся некоторые спортсмены, актеры (вокалисты и музыканты). В большинстве своем эти лица характерологически крайне застенчивые, тревожные, мнительные. Выходя на сцену или на старт, они испытывают чувство страха, что в известной степени снижает их профессиональное мастерство. Причем на репетиции или тренировке эти люди, не испытывая какого-либо волнения, показывают приличные результаты. Эту категорию людей мы рассматривали как больных, страдающих неврозами с навязчивым страхом, и соответственно применяли для них ту же модель гипносуггестивной терапии.

Внушая этим людям на VI этапе забвение периода неудач в их профессиональной деятельности, мы мысленно переносили этих людей в ситуации их репетиций или тренировок и адаптировали их к ним.

Таким образом, мы добивались высокой эффективности в преодолении тех трудностей, которые возникали в ситуациях критических для них, путем изменения их отношения к этим ситуациям.

Глава 12. Наркопсихотерапия в клинике неврозов.

Разработанная нами общая схема применялась нами не только при гипносуггестивной терапии неврозов, но также при наркопсихотерапии истерии и неврозах с явлениями навязчивости.

Последние десятилетия в странах Запада, особенно в США, клиническая психиатрия развивалась на базе психоанализа. Большинство методических приемов психотерапии основываются на принципах психоанализа. Широко разрабатываются отдельные приемы психоанализа, а именно групповая психотерапия, психодрама, модификация психоанализа в форме «наркоанализа» и «наркосинтеза». В основе этих модификаций лежат известные наблюдения о том, что после введения наркотических веществ «развязывается язык» и пациент начинает говорить о таких вещах, о которых в обычное время воздерживается высказываться. В целях проведения «наркоанализа» и «наркосинтеза» употребляются различные барбитураты: амитал натрия, гексенал, пентотал и др.

Уже давно было подмечено, что при предварительном приеме некоторых веществ повышается внушаемость. Еще Рифа (цит. по Е.К. Яковлевой, 1988) предложил комбинировать гипноз с химическими наркотиками в тех случаях, когда глубокий сон не достигался одним внушением. Этот метод терапии автор назвал наркогипнозом. Значительно позже А. Friedlander (1923) для подкрепления наркоза пользовался гипнотическим внушением и назвал свой метод гипнонаркозом. Р. Шильдер (1924) показал, что паральдегид, мединал, веронал и другие снотворные и наркотические вещества содействуют развитию гипноза, Bleokwen (1930) первый применил барбитураты в психиатрии с целью растормаживания кататоников, а также использовал этот препарат и в криминалистической практике.

Horsley (1936) ввел термин «наркоанализ», автор считал, что «наркоанализ» облегчает возможность проведения быстрее психоанализа. Этот метод, по мнению автора, экономит время врача. В американской и английской литературе имеются данные о применении наркоанализа в армейских условиях. Для подготовки нервной системы солдата к условиям войны на фоне действия неполного наркоза проводится беседа по типу «свободных ассоциаций». Некоторые авторы (V. Addisson, M.D. Duvel (1945)) предлагали сочетание «наркоанализа», «наркосинтеза» и гипноза. H.G. Szaton, M.D. Torent, H.R. Ont, M.D. Hobbs, H.B. Garsealen, M.D. London (1947) предлагали в армейских условиях применение пентотала при лечении больных с

реакцией хронического страха. Метод «наркоанализа» был применен также во флоте при лечении неврозов военного времени (Маллинсон, 1942).

Lembert (1944) описывал хороший терапевтический эффект при лечении истерии методом «наркоанализа». Но успех лечения автор объяснял не действием фармакологического препарата, а дарованием врача. М. Rosenbaum (1948) также считал, что эффективность «пентоталовой беседы» зависит не столько от наркотика, сколько от других факторов в ходе лечения, в частности от глубины раппорта, который устанавливается до и после лечения, Н.Х. Urban (1948) проводил «наркоанализ» в двух вариантах: в форме короткой аналитической беседы, которая постепенно углубляется, и в форме психокатарзиса.

Препараты пентотал, гексебарбитон и аналогичные им многие авторы называют «сывороткой истины». Х. Burdon, G. Flament (1952) считали, что свойства «сыворотки истины» меняются в руках разных исследователей. Х. Burdon (1951) подчеркивал, что улучшение состояния больного может наступить после проведения «наркоанализа» и без «наркосинтеза». По мнению автора, страх при военных неврозах представляет основную симптоматику и субнаркоз освобождает больных от эмоционального напряжения. Х. Burdon указывает, что трудно отделить «наркоанализ» от «наркосинтеза». Т. Bilikievics (1957) лечебный результат «наркоанализа» приписывал огромной концентрации суггестии: а не «специфической роли» растормаживания заторможенных конфликтов невротического происхождения.

L. Tilkin (1949) считал, что пентотал не дает осложнений, однако отмечает, что имеются терапевтические противопоказания при применении этого препарата (сердечная декомпенсация, поражения миокарда, заболевания печени, затруднения дыхания любого характера). Далее автор указывал на международные масштабы применения «наркосинтеза». «Наркоанализ», по мнению L. Tilkin, можно использовать не только с лечебной, но и с диагностической целью.

Положительную оценку методике «наркоанализа» дает L. Hollander (1949). Ему удалось в двух случаях полового бессилия получить с помощью «наркоанализа» выздоровление, а при навязчивости и ипохондрии — временное улучшение. Он считает «наркоанализ» новым ценным оружием, в терапевтическом арсенале психиатров. Некоторые американские авторы М. Keith, М. Klane, F. Kant (1953) рекомендовали применение амитал-натрия в амбулаторной практике. С. Fervers (1951) в своей монографии останавливается на истории наркоанализа, а затем противопоставляет два психотерапевтических метода: гипноз и «наркоанализ». Барбитураты создают состояние, сходное с гипнозом. По мнению автора «наркоанализ» используется даже теми, кто относится критически к данному методу, в случае скрытых, замкнутых больных, когда остальные методы безрезультатны. Автор называет «наркоанализ» инициальным методом психотерапии и указывает, что многое зависит и от личности врача.

У нас в стране издавна использовались приемы психотерапии на фоне действия наркотических препаратов при лечении неврозов. Так, И.В. Стрельчук (1952) описывал хороший терапевтический эффект при неврозах после применения гипнотического сна в сочетании со снотворными. Р.А. Зачепиский (1954) говорил о целесообразности применения сочетания лечения сном с психотерапией. Автор приводит случаи улучшения состояния при лечении больных с неврозом навязчивых состояний указанным методом, лечение которых одним удлиненным сном эффекта не дало. Е.К. Яковлева (1958) считает, что в случаях невроза навязчивых состояний с длительным течением, со стойким фобическим синдромом показана комбинированная терапия — сочетание психотерапии с наркогипнотерапией, — в особенности при неподатливости больных гипнозу. Е.К. Яковлева для проведения наркогипнотерапии применяла внедренный М.Э. Телешевской в СССР способ внутривенного введения барбитуратов.

Отдельные приемы наркопсихотерапии, предложенные М.Э. Телешевской (1958), основаны на использовании в качестве фона для проведения психотерапии отдельных стадий гексеналового наркоза, а именно: 1) понижения общей активности и инициативы; 2) эмоциональных сдвигов; 3) измененного сознания (оглушенности); 4) стадии поверхностного сна, переходящего в наркоз; 5) наркоза.

Стадия понижения общей активности и инициативы появляется уже после введения небольшой дозы гексенала или других барбитуратов и характеризуется, прежде всего, прекращением активных движений туловища, головы, конечностей. В это же время наступает замедление речи. Она становится то несколько

приглушенной, смазанной, то громкой. Помимо этого, обнаруживаются явления вялости и гиподинамии; в мимике и движениях нередко проявляются элементы вычурности. Мы отмечали в отдельных случаях у больных «феномен хоботка». Больные отмечают изменение восприятия окружающей обстановки: увеличение размеров головы и лица человека, их нечеткое изображение. При этом больные жалуются на головокружение, которое вызывает «потемнение в глазах», сухость во рту или запах, напоминающий запах прелого сена, гнилых яблок.

Дальнейшее введение гексенала приводит к развитию следующей стадии — **стадии эмоциональных сдвигов**. Наиболее частым и характерным состоянием для этого периода является нарастающая эйфория; в редких случаях автором описана депрессия. В самом начале второй стадии больные становятся веселыми, словоохотливыми. По нашим наблюдениям, одним из первых признаков начинающейся эйфории, еще даже скрытной, является появляющаяся на лице едва уловимая улыбка. Лицо больного становится одухотворенным.

В высказываниях больных выявляются их переживания. Отмечается склонность произносить патетические речи с элементами театральности, «своеобразным кокетством и самолюбованием». В стадии эйфории больные проявляют необыкновенную приветливость, общительность. М.Э. Телешевская отмечает у многих больных признательность по отношению к врачу. При этом больные часто клянутся, что никогда не забудут всего сделанного для них врачом, бросаются в объятия, иногда даже начинают объясняться в любви, декламируют стихи, поют песни, романсы, шутят, острят, танцуют. Появляются элементы хвастливости, чаще всего относительно своих «необыкновенных физических качеств». В редких случаях депрессии автор описывает у больных плаксивость, жалобы на свою «горькую судьбу». Кроме того, у больных отмечаются атактическая походка и дизартричная речь. Последние проявления и эмоциональные изменения автор сравнивает с состоянием алкогольного опьянения. Из вегетативных симптомов автором отмечены побледнение или покраснение кожных покровов, расширение зрачков, ускорение или замедление пульса, в некоторых случаях повышенная потливость. На последнем этапе стадии эмоциональных сдвигов проявляются элементы оглушенности. При продолжении внутривенного введения гексенала наблюдается стадия более глубокого изменения сознания.

Характерными особенностями **стадии измененного сознания** являются затуманенный взгляд больного, тусклые глаза, маловыразительная мимика, замедление речевых и двигательных реакций, некоординированность движений. Речь больных, по описанию автора, «становится все более и более вязкой, смазанной, больные начинают путаться при счете, тут же забывают только что произнесенную цифру, слово. При обращении к ним они реагируют только на громкий оклик. Инструкции больные выполняют после многократных повторений». По данным автора, стадия измененного сознания более длительная, чем стадия эмоциональных сдвигов, и продолжительность ее исчисляется многими минутами. Больные, предоставленные сами себе, засыпают. Поэтому в целях проведения суггестии автор рекомендует противодействовать развитию сна. Дальнейшее введение наркотического препарата приводит к развитию кратковременной стадии поверхностного сна, переходящего в наркоз. Стадии поверхностного сна и наркоза автором не использовались для лечения больных истерией.

При гексеналовом наркозе М.Э. Телешевская считает, что уже в стадии понижения общей активности и инициативы, то есть в первой стадии наркоза, характеризующейся заторможенностью речи и связанной с ней произвольной моторикой, более заторможенной оказывается вторая сигнальная система. По мнению автора, в стадии эйфории наступает ослабление активного торможения. В последующих стадиях гексеналового наркоза постепенно ослабевает и возбудительный процесс. Стадия оглушенности характеризуется развитием в коре охранительного торможения. При этом создаются условия для высвобождения подкорки, которая в скором времени охватывается также тормозным процессом.

При лечении истерии, по мнению автора, психотерапевтическое воздействие было наиболее эффективным на больных в состоянии перехода от эйфории к оглушенности. Весь процесс наркопсихотерапевтического воздействия при лечении истерии автор разделяет на следующие этапы:

- 1) подготовительный этап;

2) этап устранения симптомов заболевания;

3) этап стойкого восстановления нарушенных функций и закрепления достигнутого терапевтического эффекта.

Задачей предварительного этапа, по мнению автора, является активная психотерапевтическая подготовка больного к лечению и создание положительной настроенности больного к данному методу лечения. Дальнейшее психотерапевтическое воздействие на больного осуществляется различными приемами, которые зависят от характера длительно зафиксированной невротической симптоматики. Лечение заканчивается в том случае, если достигнуто стабильное восстановление всех нарушенных функций (зрение, движение, слух, речь и т.д.). На завершающем этапе лечения проводится внушение, направленное на создание у больного высокого общего тонуса и соответствующей трудовой направленности.

Для лечения больных со стойкими и длительными истерическими нарушениями автор пользовался следующими методическими вариантами наркопсихотерапии:

1) использование кратковременного или продленного действия гексеналового наркоза;

2) наркогипноз;

3) комбинированная наркопсихотерапия.

Автор особо отмечает вариант наркопсихотерапии, заключающейся в многократных повторных введениях гексенала после предварительной психотерапевтической подготовки. Автор предостерегает против шаблонов и стандартов при лечении данным методом и призывает к строго индивидуальному подходу в каждом отдельном случае. Наибольший практический интерес, по мнению автора, при лечении истерических расстройств представляет использование кратковременного и продленного действия гексеналового наркоза. Прием кратковременного действия гексеналового наркоза автор предлагает пользоваться при относительно небольшой длительности заболевания. При этом внутривенно вводится 2,0-4,0 10% раствора гексенала в течение 3-4 минут до состояния легкой оглушенности. Затем после прекращения внутривенного вливания оказывается соответствующее словесное воздействие и осуществляется тренировка нарушенных функций.

Продленное действие гексеналового наркоза предлагается использовать при затяжной, длительной, не поддающейся лечению тяжелой истерической симптоматике. Для этого медленно, в течение 10-15 минут, внутривенно вводится 4,0-5,0 10% раствора. Благодаря контролю за скоростью выделения удается продлить ту или иную нужную стадию наркоза, на фоне которой проводится психотерапия, постепенно устраняются стойко зафиксированные истерические расстройства. При выходе больного из наркотического состояния осуществляется успокаивающая суггестивная терапия. При наркогипнозе, по мнению автора, сочетаются два фактора — внушение и сон. Последний длится 2-3 часа. Автор предлагает применять наркогипноз не только в виде основного, но и в форме вспомогательного приема для закрепления достигнутого терапевтического эффекта.

Автором успешно применялся наркогипноз при бессоннице, наблюдаемой при различных невротических состояниях, при выраженной эмоциональной неустойчивости и преобладании у больных депрессивного фона. Гексенал рекомендуется вводить внутривенно (10-20 раз) ежедневно или через день в разных дозах после предварительной психотерапевтической подготовки больного. Непосредственно в момент введения наркотических средств психотерапия не проводится. Находясь в состоянии легкого оглушения, предоставленные сами себе, больные погружались в сон. В результате такого курса лечения автор отмечал у больных снижение эмоциональной и вегетативной возбудимости, выравнивание настроения, повышение общего тонуса, восстановление нормальной функции сна, улучшение аппетита.

В понятие комбинированной наркопсихотерапии автор включает несколько методических приемов, которые используются поэтапно в процессе лечения больного. Наибольший эффект она оказывает при множественной и длительно зафиксированной невротической симптоматике. Варьируя отдельные приемы, врач может на каждом этапе лечения последовательно устранить зафиксированные симптомы и нормализовать поведение больного, постепенно перестраивая систему

отношения его к своему состоянию и окружающей действительности. Все описанные объединены М.Э. Телешевской в единый метод — метод наркопсихотерапии. Применение автором вышеописанных вариантов наркопсихотерапии при лечении различных истерических расстройств дало хороший терапевтический эффект, подтвержденный катамнестическими данными, прослеженными на протяжении 10 и более лет.

Анализируя патофизиологические механизмы на основании клинических и экспериментальных данных, М.Э. Телешевская подчеркивает, что гексенал и другие барбитураты влияют на весь комплекс рефлексов (врожденных и приобретенных) и на обе сигнальные системы. Эти особенности гексенала, по мнению автора, создают возможность разрушить патодинамическую структуру с ее инертными связями.

Далее автор указывает, что по мере нарастания гексеналового наркоза происходит ослабление всех патологических связей, но инертный очаг еще может существовать. Благодаря повышению тонуса мозговой коры и изменению состояния высших отделов мозга, этот очаг гасится.

Важным фактором, по мнению автора, обеспечивающим эффективность психотерапии, является использование фазовых явлений (парадоксальная фаза) на отдельных этапах действия гексенала. Словесное воздействие в фазовом состоянии приобретает значение сильного раздражителя.

На основе предложенного М.Э. Телешевской метода наркопсихотерапии мы разработали свой модифицированный методический вариант наркопсихотерапии применительно к лечению больных, страдающих неврозами с явлениями навязчивости, который дал хороший терапевтический эффект. В основу психотерапевтического воздействия была положена разработанная нами общая схема гипносуггестивной терапии (см. выше) с некоторой ее модификацией. Переход к наркосуггестивной терапии был обусловлен пониженной внушаемостью и резистентностью к различным психотерапевтическим методам некоторых больных, страдающих неврозами с явлениями навязчивости.

Как правило, они страдали неврозами с явлениями навязчивости на протяжении многих лет и ранее уже лечились с малой эффективностью различными психотерапевтическими методиками.

Весь комплекс лечения больных неврозами с навязчивостями включал наряду с наркосуггестивным воздействием и физические методы (хвойные ванны и циркулярный душ и др.), а также медикаментозное лечение (бром-валериановые микстуры, глюкозу с витамином внутривенно, легкие транквилизаторы).

Психотерапевтическое воздействие начиналось, как и при гипносуггестивной терапии, уже с первой беседы врача с больным. Поэтому этой беседе также придается огромное значение для успеха всей последующей психотерапии. Предлагаемый нами вариант психотерапии разделяется на предварительную (подготовительную) психотерапию и собственно наркопсихотерапию. Предварительная психотерапия объединяет периоды сбора анамнеза, разъяснения больному сущности его заболевания и, наконец, разъяснения особенностей проводимого лечения. В период сбора анамнеза мы акцентировали внимание больного на характерологических особенностях родителей, разъясняя, что те или иные особенности характера не передаются по наследству, а формируются и проявляются в течение жизни, а значит, сложившуюся у больного тревожную мнительность или впечатлительность и т.д. можно путем внушений перестроить и изменить. Внимание больных обращалось на те или иные страхи в детском возрасте, которые сыграли определенную роль в развитии данного заболевания. Особенно тщательно выявлялись возможные причины заболевания для правильного понимания его сущности.

При разъяснении больному сущности его заболевания, в доступной для него форме излагались особенности течения и патофизиологические механизмы его заболевания, а также раскрывались перспективы выздоровления. В заключение описывались особенности данного метода лечения. Указывалось, что в период наступления сна у человека возникает состояние, аналогичное гипнозу, и в «гипнотическом» состоянии, естественно, путем внушения врачу удастся устранить все болезненные проявления. Врач подчеркивает, что данный метод лечения не дает каких-либо осложнений.

Вначале в качестве наркотического вещества мы использовали гексенал, а затем заменили его амиталом натрия, поскольку при внутривенном введении последний дает более пролонгированный переход из одной стадии в другую.

Амитал натрия — барбамил — был синтезирован в 1940 г. как снотворное средство; в химическом отношении является производным барбитуровой кислоты.

По своим физическим свойствам амитал натрия — белый аморфный порошок без запаха, хорошо растворимый в воде и спирте. Водные растворы на воздухе постепенно разлагаются, особенно при нагревании. Для получения стойких растворов препарат необходимо растворить с таким избытком щелочи, чтобы pH раствора был около 11. Практически это достигается растворением барбамила в 0,2% растворе едкого натра, приготовленном на дистиллированной воде. Растворы барбамила нагревать нельзя. Для получения стерильных растворов их нужно готовить в асептических условиях. 10% раствор амитала натрия готовится *ex temporal* в аптеке согласно таблице стерилизации медикаментов, предложенной Г.А. Вайсманом и И.И. Зоркович (1959). Приготовленный в асептических условиях раствор амитала натрия ставится на 15 минут в автоклав при температуре 70°, после чего раствором можно пользоваться.

Амитал натрия, или барбамил, обладает снотворным, а в более высоких дозах наркотическим действием. Сон наступает медленно, при этом он близок к естественному и сопровождается лишь небольшим понижением артериального давления, замедлением пульса и дыхания. При пробуждении от амиталового сна отсутствует чувство разбитости и ощущения тяжести в голове, на которые больные часто жалуются после приема других препаратов барбитуровой кислоты. По данным литературы, соматические осложнения при лечении длительным прерывистым сном с помощью барбамила наблюдаются редко. Иногда отмечаются повышение температуры и лейкоцитоз. Vleckwen (1930) говорит о малой токсичности амитала натрия. Он приводит случай с больной, которая приняла в течение девяти месяцев более 250 инъекций амитала натрия и при этом не обнаружила никаких признаков отравления.

В.И. Скворцов (1940) также считал, что амитал натрия вызывает благоприятный, хорошо протекающий сон.

Хотя представления об избирательном действии амитала натрия на стволовую часть головного мозга разделяются не всеми, однако факт его преимущественного влияния, можно считать доказанным. Так, Визе после инъекции этих наркотических веществ обнаруживал их в большом количестве в полосатом теле и диэнцефалоне. Из обзора литературы Л. Алликметса (1964) по функциональному значению и фармакологии лимбической системы, явствует, что действие барбитуратов зависит от применяемых доз. В снотворных и наркотических дозах все производные барбитуровой кислоты сильно угнетают возбудимость лимбической системы и в несколько раз повышают судорожный порог.

Мы применяли 10% раствор амитала натрия в дозе от 3,0 мл до 7,0 мл со скоростью введения, не превышающей 1,0 мл в минуту. При повышении указанной скорости введения препарата может наступить коллапс. Первым признаком наступающего коллапса является легкое першение. При его появлении необходимо прекратить введение амитала натрия и вывести иглу из вены. При внутривенном введении препарата не следует на длительное время приостанавливать внутривенное вливание, поскольку через 30 секунд наступает тромбирование иглы, и в таких случаях предлагается вывести иглу из вены.

При внутривенном введении амитала натрия наблюдался более плавный переход от одной фазы наркоза к другой, чем при введении гексенала и эвипана натрия. Это позволило проводить внушение на протяжении более длительного времени. Кроме того, при введении амитала натрия больные в конечном итоге погружались в наркотический сон, который продолжался от 2 до 5 часов в отличие от значительно более кратковременного сна после введения гексенала и эвипана натрия. Следует также отметить, что если при пробуждении после наркотического сна, вызванного гексеналом и эвипалом натрия, большинство больных жаловалось на тяжесть в голове, головокружение, вялость, чувство общей скованности и т.п., то после сна, вызванного введением раствора амитала натрия, подобные жалобы были крайне редкими.

От момента начала внутривенного введения наркотического вещества и до стадии поверхностного сна (начальная стадия наркоза) врачом проводится психотерапевтическое воздействие на больного, которое включает этапы, указанные в таблице № 3.

Таблица 3. Стадии наркоза (по М.Э. Телешевской) и этапы наркопсихотерапии неврозов с навязчивостями (по Д.А. Каменецкому)

№ п/п	Стадии наркоза	Дозы 10% р-ра амитала натрия	№ п/п	Этапы лечения
I	Понижение активности и инициативы	0,5 — 1,5	1	Общего успокоения
II	Эмоциональных сдвигов	1,5 — 2,0	2	Перестройки эмоционального фона
III	Измененного сознания (оглушенности)	2,0 — 2,0	3	Уравновешивания ЦНС
		2,5 — 3,5	4	Угашение навязчивостей
		3,5 — 4,0	5	Активизация личности
		4,5 — 5,0	6	Повышение уверенности в себе и выздоровлении
IV	Поверхностного сна	5,0 — 6,0	7	Повышение роли самовнушения и саморегуляции
V	Наркоза	6,0 — 7,0	8	Сон — отдых

На протяжении всего периода, в течение которого вводится наркотическое вещество, с больным поддерживается активная беседа.

Этапы наркопсихотерапии, описанные выше, при неврозах с состоянием навязчивости имеют очень близкое сходство с этапами гипносуггестивной терапии, приведенными в таблице № 2. Их незначительное различие обусловлено только спецификой самой наркопсихотерапии, требующей более быстрого психотерапевтического воздействия на больного (он не должен уснуть преждевременно).

Этап общего успокоения больного начинается во время первой стадии наркоза (стадии снижения общей активности и инициативы). Уже после внутривенного вливания 0,5 мл 10% раствора амитала натрия наступают легкое опьянение, сонливость, расслабление мышц всего тела. В это время внушения врача направлены также на то, чтобы вызывать легкую сонливость, расслабление мышц всего тела, общее успокоение, устранение каких бы то ни было неприятных ощущений в теле. Врач начинает внушение тихим, спокойным, несколько монотонным голосом: «Вы спокойно лежите в постели, стараетесь ни о чем постороннем не думать; все Ваше внимание сосредоточено на моем голосе. Вы стараетесь вчувствоваться во все то, что я буду говорить». Каждая фраза повторяется врачом несколько раз.

Далее внушение продолжается более ярко, эмоционально: «Вы чувствуете, как начинают расслабляться мышцы всего Вашего тела; расслабляются мышцы рук, ног, туловища и головы, то есть постепенно расслабляются мышцы всего Вашего тела». В это время врач выясняет, каково самочувствие больного, действительно ли он чувствовал все, что ему внушалось. Убедившись, что внушения совпадают с ощущениями больного, врач продолжает внушение: «Вы чувствуете, как по мере расслабления всех мышц по телу начинает разливаться приятное ощущение тепла. Вы начинаете чувствовать себя совершенно спокойно, Вас уже ничего не раздражает». И далее более громким голосом: «Такое уравновешенное состояние у Вас будет всегда и везде, где бы Вы ни находились: и дома, и на работе, и в гостях, и в общественных местах, и в обстановке внешнего полного благополучия, и в обстановке напряженной, экстремальной. Никакие раздражители, даже очень сильные, как внешние, так и внутренние, исходящие от Вашего тела, Вас не раздражают». И далее еще более спокойным и уверенным голосом: «По мере успокоения — (в это время задается вопрос о том, действительно ли больной

чувствует себя спокойно) и после того, как врач убеждается в том, что у больного наступило полное успокоение, продолжает — всякие неприятные ощущения в теле исчезают. Вас уже ничто не раздражает. Вы чувствуете себя легко и спокойно».

Во время второй стадии наркоза — стадии эмоциональных сдвигов, наступающей при введении 1,5-2,0 мл 10% раствора амиталя натрия, в период развития легкой эйфории, проводятся внушения, нацеленные на перестройку эмоционального фона больного, устранение эмоционального напряжения. Врач более торжественным тоном продолжает внушение: «Вслед за Вашим общим успокоением и снятием неприятных ощущений в теле сейчас начинает выравниваться настроение, появляется жизнерадостность. Вы чувствуете, как повышается Ваше настроение. На Ваших устах появляется улыбка. Вы чувствуете себя легко и спокойно. Настроение продолжает повышаться. Ваше самочувствие превосходное».

В последующей стадии — измененного сознания (оглушенности) — проводится внушение, направленное на уравнивание центральной нервной системы (см. таблицу № 2 поэтапной гипносуггестивной терапии), и основное внушение, направленное на гашение навязчивостей и перестройку отношений больного к отдельным болезненным явлениям и к болезни в целом. Кроме того, в этой стадии наркоза проводится внушение, направленное на активацию личности, строгое соблюдение спортивного режима (разъясняется его значение для быстрого выздоровления) и рост уверенности больного в себе и веры в полное выздоровление.

Стадия измененного сознания наступает после внутривенного введения 2,0-5,0 мл 10% раствора амиталя натрия. Для контроля за наступлением этой стадии больному предлагается сосчитать до десяти. Если он делает это без ошибок, через короткое время ему предлагают повторить счет и на какой-либо цифре, например шесть, отвлекают его внимание на несколько секунд, затем предлагают продолжить счет. Ошибки в счете свидетельствуют о наступлении фазы оглушенности.

Внушение в стадии поверхностного сна врач завершает разъяснением роли самовнушения и саморегуляции в быстрейшем выздоровлении: «Мои внушения будут действовать на Вас не только в период лечения, но и после лечения. Вспоминая в состоянии бодрствования мои внушения, Вы будете самостоятельно внушать себе все то, что я внушал Вам в процессе лечения. Причем Ваши самовнушения будут действовать на Вас с такой же силой, как действуют на Вас мои внушения в период наркопсихотерапии. И Вы без помощи врача сможете руководить своим поведением и настроением и с легкостью будете реагировать на появление навязчивостей. Кроме того, Ваше самовнушение будет направлено на приобщение Вас к работе, к развлечениям, к занятиям спортом и т.д. Вы сможете, благодаря своим самовнушениям, перестать думать об отдельных болезненных явлениях и о болезни в целом, и у Вас появятся Ваши прежние здоровые интересы и желания».

Стадия поверхностного сна наступает обычно после внутривенного введения 5,0-6,0 мл 10% раствора амиталя натрия.

И далее врач продолжает внутривенное вливание препарата до 7,0 мл в результате больной погружается на несколько часов в наркоз, что, с нашей точки зрения, является дополнительным лечебным фактором, увеличивающим эффективность этого метода лечения. Этапы наркопсихотерапии неврозов с явлениями навязчивостей, описанные выше, не совсем совпадают с этапами гипносуггестивной терапии аналогичных неврозов. Это обусловлено некоторой спецификой наркопсихотерапии (см. таблицу № 3).

Первый и второй этапы наркопсихотерапии соответствуют третьему; третий — четвертому; четвертый — пятому и шестому; пятый — седьмому; шестой — восьмому; седьмой — девятому этапу гипносуггестивной терапии.

Восьмой этап наркопсихотерапии — этап сна-отдыха — используется для закрепления достигнутых результатов лечения.

Описанный выше вариант наркопсихотерапии при лечении больных, страдающих неврозами с состояниями навязчивости, мы применяли не только в стационарных, но и в амбулаторных условиях.

Использование наркопсихотерапии в амбулаторных условиях диктуется условиями повседневной практики:

— отсутствием в ряде городов, а тем более в районных центрах стационаров для лечения неврозов;

— необходимостью постоянной проверки достигнутых терапевтических результатов путем более активного прямого взаимодействия больного с окружающей средой (тренировка в езде городским транспортом, приобщение к трудовым процессам и т.д.).

Одной из особенностей невротизации с явлениями навязчивости являются их затяжное течение и тенденция к периодическим декомпенсациям. Среди многообразных проявлений навязчивостей имеются такие формы, которые, помимо их затяжного течения, декомпенсируются в определенных ситуациях. Сюда относятся агорафобии и клаустрофобии. При этих навязчивостях условия, в которые попадают больные, являются патогенными, и, таким образом, сама ситуация создает постоянную почву для усиления навязчивостей и повышения эмоционального напряжения, что проявляется в ухудшении настроения и снижении активности, а отсюда в снижении работоспособности и уходе в болезнь.

Применение наркопсихотерапии в амбулаторных условиях для этой категории больных оказалось очень эффективным. Повышение эмоционального фона и перестройка отношения больного к навязчивостям и к болезни в целом достигаются значительно быстрее, чем в стационарных условиях, в связи с тем что в амбулаторных условиях имеются большие возможности для закрепления образующихся новых условно-рефлекторных связей путем постоянных тренировок.

В амбулаторных условиях сеансы наркопсихотерапии проводились через день, и больные после проведенного внушения погружались в наркотический сон, менее продолжительный, чем в стационарных условиях (до 2 часов). Родственники больных должны были сопровождать больных после лечения домой. Кроме того, в амбулаторных условиях после окончания основного курса лечения (15-20 сеансов) врач мог проводить поддерживающую наркопсихотерапию (один сеанс в 1-2 недели) на протяжении нескольких месяцев.

В ряде случаев больным, лечившимся в стационарных условиях, было рекомендовано продолжить поддерживающее лечение в амбулаторных условиях.

Изложенная в настоящей главе схема внушения при проведении наркопсихотерапии, используемая как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, не является исчерпывающей для всех без исключения случаев невротизации с явлениями навязчивостей, но может быть примерным руководством к действию при их лечении.

Наш опыт лечения больных, страдающих невротизацией с явлениями навязчивости, по представленной и разработанной нами схеме демонстрирует ее простоту и высокую эффективность благодаря целенаправленной перестройке системы личностных отношений у больных.

Успех психотерапевтического воздействия зависит не только от самого метода но, в большей степени, от компетенции врача. Полученные нами данные динамики явлений навязчивости при невротизации под влиянием наркопсихотерапии, а также выявленные нами дифференциально-диагностические критерии, позволят врачу отграничить специфические особенности навязчивостей при разных невротизациях, а также быстрее диагностировать заболевание, более эффективно воздействовать на больного.

Для всех без исключения наблюдаемых нами больных курс лечения составил в среднем 20-25 сеансов независимо от давности заболевания. При невротизации навязчивых состояний и невротизации с явлениями навязчивости в отдельных случаях требовалось несколько большее количество сеансов (до 35 сеансов), чем при других невротизациях с явлениями навязчивостей, вследствие продолжающих действовать психотравмирующих ситуаций, либо стойкости навязчивых ощущений у больных.

При всех клинических формах невротизации с явлениями навязчивостей под влиянием проводимой наркопсихотерапии навязчивости постепенно угасают (у большинства наших больных уже после 2-3 сеансов, у остальных больных — после 3-5 сеансов).

У больных психастенией и невротизацией с явлениями навязчивости прежде всего угасали навязчивые страхи, затем навязчивые мысли и навязчивые действия, а последними угасали навязчивые ощущения. К концу лечения большинство больных полностью избавлялось ото всех навязчивостей. Причиной неполного их угасания у некоторых больных, с нашей точки зрения, были остающиеся еще неприятные ощущения в разных частях тела (невротизация навязчивых состояний и невротизация),

индивидуальные особенности пациентов — мнительность, тревога (психастения), и различные, продолжающие действовать в момент лечения психотравмирующие факторы (истерические реакции).

Перестройка эмоционального фона в процессе наркопсихотерапии невротических с явлениями навязчивостей шла параллельно с угасанием навязчивостей (истерические реакции), вскоре после угасания навязчивостей (невротическое навязчивых состояний) или же какое-то время спустя (неврастения, психастения).

Перестройка отношения больных к болезни (уверенность в выздоровлении) в процессе наркопсихотерапии невротических с явлениями навязчивостей происходила у большинства больных параллельно с угасанием навязчивостей, выравниванием эмоционального фона (невротическое навязчивых состояний, истерические реакции). У части больных, уверенность в выздоровлении появлялась где-то, в середине лечения (10-12-й сеансы) — неврастения, психастения с явлениями навязчивости.

К концу проводимого лечения у большинства больных симптомы навязчивостей полностью исчезали, настроение почти у всех выравнивалось. Более чем у половины больных к концу лечения появлялась полная уверенность в выздоровлении. Итак, под влиянием наркопсихотерапии происходит регресс состояний навязчивостей. Как правило, под влиянием наркопсихотерапевтического воздействия у больных невротическим с явлениями навязчивостей симптомы навязчивостей становятся менее интенсивными и обнаруживают тенденцию к угасанию. Более стойкими оказываются некоторые монофобии при невротическом навязчивых состояний (агорафобия, клаустрофобия).

Ослабление интенсивности явлений навязчивостей уже после первых сеансов приводит к быстрой перестройке эмоционального фона.

Прежний, тревожный фон и всевозможные опасения сменяются более спокойным и ровным настроением. Самоанализ и бесконечный перебор своих болезненных ощущений сглаживаются. Больные начинают проявлять интерес к разным сторонам жизни и адаптируются к продолжающим действовать психотравмирующим ситуациям. Все это приводит к изменению их отношения к своему здоровью. Прежнее чувство бесперспективности и безысходности сменяется чувством уверенности в себе.

В тех случаях, когда после проводимого лечения навязчивости все же полностью не исчезали и эпизодически выявлялись под действием психогенных факторов, они становились значительно менее выраженными и носили кратковременный, преходящий характер, по всей вероятности, благодаря более критическому отношению больных к проявлениям невротического и положительному самовнушению, выработанному в процессе проводимой наркопсихотерапии.

Глава 13. Рациональная психотерапия.

Разработанная схема психотерапевтического воздействия использовалась также и при рациональной психотерапии, которая была разработана в начале XX века Р. Дюбуа (1912). Примерно в это же время В.М. Бехтеревым была описана разъяснительная, или рассудочная психотерапия. Эти два метода создавались независимо друг от друга, но они имеют между собой много общего. Оба этих метода подразумевают воздействие врача на пациента в состоянии бодрствования.

Многие полагают, что если врач беседует с больным, то это и есть рациональная психотерапия. Бесспорно, каждая беседа врача с больным несет в себе элементы рациональной или разъяснительной психотерапии. Специальным методом психотерапевтического лечения рациональная или разъяснительная психотерапия становится лишь тогда, когда врач проводит для больного глубокое и всестороннее разъяснение особенностей его заболевания, патофизиологических механизмов болезни, возможных путей преодоления больным непонимания сущности болезни. От врача в этом случае требуются глубокий профессионализм, высокая компетентность и эрудиция.

Р. Дюбуа (1912) понимал под рациональной психотерапией способ непосредственного воздействия на представления пациента путем убеждения. Он старался логически убедить больного в ошибочности его трактовок болезненных состояний. Основная идея метода получила отражение в определении невротического как «логической ошибки больного».

В.М. Бехтерев, характеризуя предложенный им метод разъяснительной или рассудочной психотерапии, писал: «Разъяснительная или рассудочная психотерапия несет в себе: элементы санитарного просвещения; разъяснение правильной внутренней картины болезни; разъяснение больному причины его заболевания».

По В.М. Бехтереву, разъяснительная психотерапия делится на два этапа: I этап — диагностический; II этап — терапевтический.

При сравнении этих двух методов психотерапии у них обнаруживается больше сходства, чем различий.

Для удобства проведения рациональной, или рассудочной психотерапии, предлагается общая схема психотерапевтического воздействия врача на больного (таблица № 2). Эта схема может быть использована врачом для проведения рациональной психотерапии, исключая стадию погружения больного в гипнотическое состояние. Все остальные этапы психотерапевтического воздействия распределяются на несколько бесед. К следующему этапу врач может переходить только после осознания больным в полной мере содержания предыдущего этапа.

Глава 14. Аутогенная тренировка.

Аутогенная тренировка — это один из методов психотерапии, осуществляемый в состоянии бодрствования. Он был разработан в начале 30-х годов XX века известным немецким психиатром J.H. Schultz (1966).

J.H. Schultz, подобно З. Фрейду, широко применял на практике гипносуггестивную терапию. Наблюдая за больными, погруженными в гипнотическое состояние, собирая у этих больных самоотчеты об их самочувствии во время каждого сеанса, автор в 1920 году обратил внимание на то, что лица, погруженные в гипнотическое состояние, первоначально испытывают ощущение тяжести, а затем тепла в теле. Автор объяснял ощущение тяжести мышечным расслаблением, ощущение тепла — расширением кровеносных сосудов.

Его наблюдения позволили предложить, что, вызывая у себя ощущение тяжести и тепла в теле, можно погрузиться в гипнотическое состояние (аутогипноз).

Опираясь на идеи Фохта об аутогипнозе, Э. Куэ и П. Леви о самовнушении, Шульц создал свой самостоятельный метод — аутогенную тренировку (АТ).

По данным литературы известно, что отдельные элементы самовнушения встречались в медицинской практике с незапамятных времен. Их применяли в различных культовых обрядах народов Азии, Африки, Америки, Европы, Австралии (ритуалы жрецов Древнего Востока и Египта, прорицания оракулов Древней Греции, заклинание шаманов и др.), в философских и религиозных системах (индуизм, буддизм, раннее и позднее христианство и др.), а в последующем они активно использовались в лечебных целях.

Наиболее полное и всестороннее описание методов самовнушения мы впервые встречаем в индийской философской системе Йога. Элементы Йоги описаны еще в Ведах (III-II тыс. до н.э.). Известны четыре вида Йоги: Мантрайога, Лаяйога, Хаткайога, Раджайога. Наибольшее распространение в мировой практике получили упражнения и самовнушения для достижения определенного экстатического состояния — самадхи.

По данным А. Ромэн (1970), «все упражнения Йоги составляют своеобразный восьмеричный метод. Первые пять разделов образуют так называемую «стадию очищения», следующие два — «стадию освещения» и последний — «стадию единства», в которой как бы происходит «поглощение ума объектом сознания». В процессе занятий, выполняя различные своеобразные упражнения, сочетающиеся со специальными направленными самовнушениями (представленными в основном в виде «мантр» — обычно стихи определенного содержания), Йоги достигают, в частности, способности контролировать различные психофизиологические процессы в организме, что в ряде случаев и расценивалось несведущими лицами как чудо».

Современные научные методы самовнушения начали формироваться в середине XIX века. Так, в 1843 г. Брэд описал случай собственного самогипноза с лечебной

целью. Льебо (1866) писал о том, что каждый может самого себя научить влиять на свое тело и тем самым излечить себя самого.

Известен факт самоизлечения Я.А. Боткина (1877) от быстрой усталости и болей в ногах после перенесенного тифа. О. Фогт (1893-1900) отмечал огромное практическое значение аутогипноза.

Таким образом, в основу J.H. Schultz положил данные, полученные в результате изучения метода Йоги, гипнотического внушения, аутогипнотизации, способов, употребляемых факирами и фокусниками, а также наблюдения за загипнотизированными лицами.

Упражнения АТ составляют две основные группы — начальную и высшую. Желающих ознакомиться с высшей ступенью АТ мы отсылаем к работе А. Ромэна «Самовнушение и его влияние на организм человека», с нашей точки зрения, являющейся наиболее глубоким исследованием на эту тему.

К начальной или низшей ступени аутогенной тренировки АТ Schultz относит шесть упражнений. Для проведения требуются большие временные затраты, которые, на наш взгляд, вполне оправданны.

Мы не разделяем точки зрения авторов, пытающихся найти варианты ускоренного овладения АТ, пытающихся за 24 дня обучить АТ отдыхающих и лечащихся в санаториях. Наш многолетний опыт показывает, что в этом случае пациенты не успевают овладеть этим методом и быстро разочаровываются в его эффективности, теряя к нему всяческий интерес.

В своей повседневной практической деятельности мы используем модификацию этого метода по А.С. Ромэну и А.М. Свядощу, которые считали, что первым упражнением АТ должно быть не вызывание тяжести, а расслабление мышц всего тела. Таким образом, вместо 6 упражнений, предложенных Schultz, в нашей системе было 7 упражнений:

1. Упражнение на вызывание ощущения расслабления мышц всего тела;
2. Упражнение на вызывание ощущения тяжести в теле;
3. Упражнение на вызывание тепла в теле;
4. Упражнение на овладение ритмом сердечной деятельности;
5. Упражнение на овладение регуляцией ритма дыхания;
6. Упражнение на вызывание ощущения тепла в эпигастральной области;
7. Упражнение на вызывание ощущения прохлады в области лба.

Занятия по овладению больными или здоровыми людьми АТ мы проводили, как правило, один раз в неделю под руководством врача. Первому занятию мы придавали особенное значение. На этом занятии должны были присутствовать все члены отобранной для занятий группы. Группы формировались по целевому принципу (либо это были больные, страдающие однородными заболеваниями, либо это была группа спортсменов, либо группы здоровых людей, пожелавших освоить АТ, и т.д.).

На первом занятии врач рассказывал больным подробно о самом методе АТ; затем в доступной форме врач разъяснял физиологические основы метода и эффект, ожидаемый от выполнения того или иного упражнения, значение позы при проведении АТ (тело должно быть в удобном положении, без какого-либо мышечного напряжения) и показывал, как должен сидеть больной.

Из предложенных Schultz трех поз (положение «сидя» — кучерская поза; положение «полулежа» — в кресле и положение «лежа») мы пользовались положением «полулежа».

Далее врач говорит больным о необходимости соблюдения трех условий для более эффективного освоения метода аутогенной тренировки.

1 условие. Во время сеанса больные должны с предельным вниманием слушать все то, что будет говорить врач. Любое малейшее отвлечение внимания больных может отрицательно повлиять на тренировку и уменьшить ее успех. Несомненно, лучших результатов достигает тот, кто более внимательно слушает врача.

2 условие. Во время сеанса, помимо концентрации внимания больных на голосе врача, для успеха в тренировке имеет значение внутренняя **сосредоточенность** больного. Врач на примере демонстрирует больным, что такое «сосредоточенность». Больные должны закрыть глаза. И, попросив их внимательно слушать его, врач

предлагает сосредоточить внимание на какой-то части тела, почувствовать ее, например: «Вы чувствуете большой палец правой руки». Затем врач спрашивает больных, почувствовали ли они свой большой палец правой руки. Те больные, которым это удалось, будут легче осваивать те или иные упражнения. Врач повторяет это упражнение с группой до тех пор, пока все они не смогут его выполнить, то есть почувствовать свой палец.

3 условие. На протяжении всего сеанса больные не должны погружаться в состояние сна.

В заключение первой беседы врач рассказывает больным (здоровым), как условно необходимо делить тело человека на шесть частей и каждую из шести частей еще на четыре составляющих:

1. Правая рука (плечо, предплечье, кисть, пальцы);
2. Левая рука (плечо, предплечье, кисть, пальцы);
3. Правая нога (бедро, голень, стопа, пальцы);
4. Левая нога (бедро, голень, стопа, пальцы);
5. Туловище (живот, грудь, спина, поясница);
6. Голова (лицо, темя, затылок, шея).

На этом заканчивается подготовительный период больного к началу занятий по АТ, и врач приступает к выполнению занятий:

Занятие № 1 — расслаблению мышц правой руки.

Врач предлагает больным занять удобную для них позу, например, полулежа в кресле, закрыть глаза и мысленно повторять за ним все то, что он будет говорить.

Врач начинает занятие следующими словами: «Я приступаю к сеансу аутогенной тренировки».

Больные мысленно повторяют за врачом эту фразу в течение 10 секунд. Далее врач продолжает: «Чувствую себя спокойно». Больные медленно в течение 10 секунд повторяют эту фразу. (В дальнейшем врач произносит каждую фразу не менее двух раз, и больные мысленно за врачом повторяют каждую фразу в течение 10 секунд.)

Врач продолжает внушение:

- Мышцы моего правого плеча начинают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого плеча продолжают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого плеча расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого плеча остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

В дальнейшем слова врача «начинают расслабляться», «продолжают расслабляться», «расслабились», «остаются расслабленными» будут повторяться в такой же последовательности при тренировке каждой части тела. При этом больные мысленно повторяют фразу врача.

Далее проводится тренировка на расслабление мышц правого предплечья:

- Мышцы моего правого предплечья начинают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого предплечья продолжают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого предплечья расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого плеча и предплечья остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

Далее выполняются упражнения на расслабление мышц правой кисти:

- Мышцы моей правой кисти начинают расслабляться.

- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моей правой кисти продолжают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моей правой кисти расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего правого плеча, правого предплечья и кисти правой руки остаются расслабленными.

- Чувствую себя спокойно.

Затем начинается тренировка, на расслабление пальцев правой руки:

- Мышцы пальцев моей правой руки начинают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы пальцев моей правой руки продолжают расслабляться.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы пальцев моей правой руки расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моей правой руки (плеча, предплечья, кисти и пальцев правой руки) остаются расслабленными.

- Чувствую себя спокойно.

Последняя фраза о расслаблении мышц правой руки в целом повторяется врачом несколько раз. Последующие ее повторения произносятся уже без упоминания отдельных частей руки:

- Мышцы моей правой руки остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

Через 30 секунд врач завершает первое занятие:

- Мышцы моей правой руки начинают напрягаться.
- Чувствую себя спокойно.
- Начинаю чувствовать мою правую руку.
- Пальцы моей правой руки начинают сжиматься в кулак.
- Чувствую себя спокойно.
- Я делаю несколько сгибательных и разгибательных движений в правом локтевом суставе.

Больные делают сгибательно-разгибательные движения в правом локтевом суставе:

- Чувствую себя спокойно.
- Сеанс закончен, глаза мои открылись.

Больные открывают глаза.

- Чувствую себя спокойно.

Пауза 30 секунд.

Затем врач дает больным установку на продолжение тренировки, на расслабление мышц правой руки в домашних условиях в течение всей недели. Рекомендуются проводить тренировку по 2-3 раза в день.

Делается акцент на том, что упражнение может считаться выполненным только в том случае, когда больной, давая себе мысленно команду «мышцы моей правой руки расслабились полностью», перестает как бы ощущать свою правую руку, то есть больной должен чувствовать свою руку как бы повисшей в воздухе.

Через неделю врач проводит **занятие № 2**, направленное на расслабление мышц левой руки.

Перед тем как начать занятие, врач выясняет у больных, удалось ли им добиться дома полного расслабления мышц правой руки. Если кому-либо из больных дома не удалось добиться требуемого эффекта, врач повторяет первое занятие полностью. Если же всем больным в группе удалось дома добиться должного эффекта, врач приступает к следующему занятию:

- Я приступаю ко второму сеансу аутогенной тренировки.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моей правой руки расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моей правой руки остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

Далее врач продолжает тренировку на расслабление мышцы левой руки в такой же последовательности, как проводилась тренировка на расслабление мышц правой руки (см. занятие № 1).

Однако после расслабления каждой части левой руки врач повторяет внушение, направленное на сохранение расслабленности: всей правой руки и левого плеча; правой руки, левого плеча и левого предплечья; правой руки, левого плеча, левого предплечья и левой кисти; правой руки и левой руки (плеча, предплечья, кисти, пальцев).

Врач заканчивает сеанс:

- Мышцы моих правой и левой рук остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

Через 30 секунд врач заканчивает занятие № 2:

- Я начинаю вновь чувствовать свои руки.

Заканчивается тренировка так же, как занятие № 1.

После окончания занятия врач дает установку на продолжение в течение всей недели 2-3 раза в день дома самостоятельного расслабления мышц правой и левой рук.

Занятие № 3 направлено на тренировку расслабления мышц правой ноги.

Перед занятием врач, беседуя с больными, выясняет, какие успехи достигнуты ими в домашней обстановке.

Далее врач начинает аутогенную тренировку:

- Я приступаю к сеансу аутогенной тренировки.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моих рук расслаблены.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моих рук остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

Затем врач приступает к тренировке расслабления мышц правого бедра и мышц правой и левой рук (см. занятия №№ 1 и 2).

Далее врач продолжает тренировать расслабление мышц правой голени, правой стопы и пальцев правой ноги. Кроме того, после последней фразы о сохранении расслабления части правой ноги, перед названием этой части перечисляются все ранее оттренированные части тела.

Врач заканчивает занятие:

- Мышцы моих рук, правой ноги (бедра, голени, стопы и пальцев) остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

Заканчивает врач занятие № 3 так же, как занятие № 1.

После окончания занятия врач дает установку больным на самостоятельную тренировку в течение недели в домашней обстановке.

Занятие № 4 направлено на расслабление мышц левой ноги.

Вступительную беседу врач проводит так же, как и во время предыдущих занятий (см. занятия № 1-3).

Далее врач последовательно расслабляет мышцы левого бедра, голени, стопы и пальцев левой ног, так же, как он расслаблял мышцы правой ноги (см. занятие № 3).

Врач заканчивает занятие:

— Мышцы моих рук, правой ноги, левой ноги (бедро, голени, стопы и пальцев) остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

Врач заканчивает сеанс аутогенной тренировки так же, как и в предыдущих занятиях.

Затем врач дает установку больным на продолжение тренировки в течение недели дома, направленной на расслабление мышц обеих руки, правой и левой ног.

Занятие № 5 направлено на расслабление мышц туловища.

Врач проводит занятие в такой же последовательности. Он тренирует расслабление мышц туловища (живота, груди, спины и поясницы).

Перед занятием прежде всего выясняется, каких успехов добились больные в домашних условиях.

Далее врач приступает к сеансу АТ:

— Я приступаю к сеансу аутогенной тренировки.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моих рук расслабились.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моих рук и ног остаются расслабленными.

Затем врач приступает к тренировке непосредственного расслабления мышц живота, груди, спины и поясницы, в такой же последовательности, как это делалось во время занятия № 3.

Врач заканчивает занятие:

— Мышцы моих рук, ног, туловища (живота, груди, спины и поясницы) остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

Занятие заканчивается так же, как и все предыдущие занятия (см. занятие № 1).

После окончания занятия врач дает установку больным в домашних условиях продолжать тренировку занятия № 5 по несколько раз в день.

Занятие № 6 направлено на расслабление мышц головы (лица, темени, затылка и шеи).

Как и во время предыдущих занятий, перед тренировкой врач выясняет, какие успехи достигнуты больными по тренировке расслабления мышц рук, ног и туловища.

Начало занятия проводится аналогично предыдущим тренировкам:

— Мышцы моих рук, ног и туловища расслабились.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моих рук, ног и туловища остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

Затем врач приступает к тренировке последовательного расслабления мышц головы (лица, темени, затылка и шеи).

После последней фразы, направленной на сохранение расслабления каждой части головы, первоначально перечисляются все предыдущие части тела, ранее оттренированные.

Далее врач заканчивает занятие:

— Мышцы моих рук, ног, туловища и головы (лица, темени, затылка и шеи) остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

Занятие заканчивается выводением больных из состояния общей расслабленности всего тела:

— Я начинаю вновь чувствовать свое тело.

— Чувствую себя спокойно.

Далее занятие заканчивается по тому же принципу, что занятие № 1 (см. занятие № 1), и врач дает задание больным дома продолжать тренировку расслабления мышц всего тела.

Этим занятием заканчивается тренировка первого упражнения, направленного на расслабление мышц всего тела.

Далее врач приступает к тренировке второго упражнения, направленного на вызывание чувства тяжести в теле.

Занятие № 7 направлено на вызывание чувства тяжести в правой руке:

- Мышцы всего моего тела расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы всего моего тела остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.

После этого врач начинает вызывать чувство тяжести в правой руке словами: «Появляется чувство тяжести в моем правом плече, усиливается чувство тяжести; свинцово-тяжелым стало мое правое плечо», в такой последовательности: плечо предплечье, кисть и пальцы правой руки.

Так же, как и в первом упражнении, при тренировке вызывания чувства тяжести в каждой последующей части руки, во время внушения остаются расслабленными и тяжелыми все предыдущие, уже оттренированные части тела.

Тренировки заканчиваются следующим образом:

— Мышцы всего моего тела остаются расслабленными, сохраняется тяжесть в моей правой руке.

- Чувствую себя спокойно.

Занятие завершается выведением больных из состояния расслабления мышц всего тела и устранением тяжести в правой руке:

- Моя правая рука стала легкой, я начинаю чувствовать мое тело.
- Чувствую себя спокойно.
- Мои руки сжимаются в кулак.

Больные начинают сжимать руки в кулак и сгибать их в локтевых суставах, при этом делают несколько сгибательно-разгибательных движений в локтевых суставах:

- Чувствую себя спокойно.
- Сеанс закончен, мои глаза открылись.
- Чувствую себя спокойно.

Врач дает больным задание и прощается с ними.

Занятие № 8, направлено на вызывание чувства тяжести в левой руке. Проводится так же, как и занятие № 7.

Врач заканчивает тренировку:

- Мышцы всего моего тела расслабились полностью, мои правая и левая рука (плечо, предплечье, кисть и пальцы) стали свинцово-тяжелыми.
- Чувствую себя спокойно.

Больные мысленно повторяют фразу:

- Мышцы всего моего тела остаются полностью расслабленными, мои правая и левая рука (плечо, предплечье, кисть и пальцы) остаются свинцово-тяжелыми.
- Чувствую себя спокойно.

Заканчивается занятие, как и занятие № 7, но врач добавляет: «Легкими стали мои руки, я чувствую свое тело» и т.д.

Занятие № 9 направлено на вызывание чувства тяжести в правой ноге. Оно проводится так же, как и все предыдущие занятия, направленные на вызывание тяжести в теле.

Основные фразы врача:

- Мышцы всего моего тела расслабились полностью, свинцово-тяжелыми стали мои руки.
- Мышцы всего моего тела остаются полностью расслабленными, свинцово-тяжелыми остаются мои руки.
- Появляется чувство тяжести; усиливается чувство тяжести; свинцово-тяжелым стало мое правое бедро (голень, стопа и пальцы правой ноги).

Заканчивается занятие так: «Легкими стали мои руки и правая нога», «Я чувствую свое тело» и т.д.

Занятия № 10, 11 и 12 направлены на вызывание чувства тяжести в левой ноге, туловище и голове. Проводятся занятия по той же схеме, что и другие занятия, направленные на вызывание тяжести в теле.

Далее врач продолжает тренировку 3-го упражнения, направленного на вызывание чувства тепла в теле. Этому упражнению посвящается 6 занятий (с 13 по 18).

Занятие № 13 направлено на вызывание чувства тепла в правой руке:

— Мышцы всего моего тела полностью расслабились, тело стало свинцово-тяжелым.

— Чувствую себя спокойно.

Далее врач продолжает занятие:

— Мышцы всего моего тела остаются полностью расслабленными, тело остается свинцово-тяжелым.

— Чувствую себя спокойно.

Далее врач продолжает:

— Я чувствую, как появляется ощущение тепла, усиливается ощущение тепла, становится горячим правое плечо.

Врач заканчивает занятие:

— Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело остается свинцово-тяжелым, правое плечо горячим.

— Чувствую себя спокойно.

Окончание занятий врач проводит по общеразработанной схеме.

Занятия № 14, 15, 16, 17, 18 направлены на вызывание чувства тепла в левой руке, правой и левой ногах, туловище и голове. Целесообразно на занятии № 18, когда будет проводиться тренировка, направленная на вызывание тепла в голове, вместо слов «стала горячей» говорить «стала невероятно теплой».

Во всем остальном тренировка проводится по установленной схеме.

Далее врач проводит тренировку 4-го упражнения, нацеленного на овладение ритмом сердечной деятельности.

Это упражнение проводится во время **занятия № 19**.

Занятие начинается, как обычно, с проверки домашнего задания. Врач расспрашивает больных, как они овладели последними упражнениями.

Затем начинается тренировка:

— Мышцы моего тела расслабились полностью.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными и тяжелыми.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными, тяжелыми, тепло сохраняется во всем теле.

— Чувствую себя спокойно.

Врач просит больного посчитать пульс на левой руке (объясняет как это сделать):

— Я начинаю считать свой пульс.

— Чувствую себя спокойно.

— Я чувствую, как начинает замедляться мой пульс.

Больные продолжают считать свой пульс и мысленно повторяют фразы:

— Чувствую себя спокойно.

— Я чувствую, как ускоряется мой пульс.

Больные чувствуют ускорение пульса, мысленно повторяют фразу и продолжают считать пульс:

— Чувствую себя спокойно.

— Мой пульс начинает биться спокойно и ровно.

Далее врач рекомендует больным прекратить считать пульс и продолжает:

— Исчезло чувство тепла в теле, исчезло чувство тяжести в теле, я начинаю чувствовать свое тело.

— Чувствую себя спокойно.

Окончание занятия проводится по известной схеме.

Прощаясь с больными, врач дает им задание дома продолжать тренировку со счетом пульса.

Занятие № 20 направлено на овладение регуляцией ритма дыхания (упражнение № 5).

Вначале проверяются достижения больных в выполнении ими домашнего задания, и занятие начинается:

— Мышцы всего моего тела расслабились полностью.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы всего моего тела остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы всего моего тела остаются расслабленными и тяжелыми.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы всего моего тела остаются расслабленными, тяжелыми, тепло сохраняется в моем теле.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы всего моего тела остаются расслабленными, тяжелыми, тепло сохраняется в моем теле, сердце мое бьется спокойно, ритмично.

— Чувствую себя спокойно.

— Я дышу ровно и легко.

— Чувствую себя спокойно.

— Дыхание мое становится более глубоким и более редким.

— Чувствую себя спокойно.

Фраза «дыхание мое становится более глубоким и более редким» повторяется до шести раз.

— Я дышу более поверхностно и часто.

— Чувствую себя спокойно.

И эта фраза повторяется врачом до шести раз.

— Я вновь дышу ровно и легко.

— Я перестаю чувствовать тепло в моем теле; исчезло чувство тяжести в теле, я начинаю чувствовать свое тело, сердце мое бьется спокойно, ритмично; дыхание мое остается ровным и свободным.

— Чувствую себя спокойно.

Заканчивается занятие по известной схеме, и больным дается домашнее задание.

Занятие № 21 (упражнение № 6) направлено на вызывание тепла в эпигастральной области.

Занятие врач начинает с проверки степени усвоения домашнего задания:

— Мышцы моего тела расслабились полностью.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела стали тяжелыми.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными и тяжелыми.

— Чувствую себя спокойно.

- Тепло заполнило все мое тело.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым, тепло сохраняется в моем теле.
- Чувствую себя спокойно.
- Мой пульс бьется спокойно, ровно.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым, тепло сохраняется в моем теле, пульс остается спокойным, ритмичным.
- Чувствую себя спокойно.
- Я начинаю дышать спокойно и ровно.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым, тепло сохраняется в моем теле, пульс остается спокойным, ритмичным, дыхание остается спокойным и ровным.
- Чувствую себя спокойно.
- Тепло появляется в эпигастральной (подложечной) области.
- Чувствую себя спокойно.
- Тепло усиливается в эпигастральной (подложечной) области.
- Чувствую себя спокойно.
- Горячей становится моя эпигастральная (подложечная) область.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым, тепло сохраняется в моем теле, пульс остается спокойным, ритмичным, дыхание остается спокойным и ровным, ощущение горячего сохраняется в эпигастральной (подложечной) области.
- Чувствую себя спокойно.
- Мои руки сжимаются в кулак.
- Больные сжимают руки в кулак.
- Мои руки сгибаются и разгибаются в локтевых суставах. Больные делают несколько сгибательно-разгибательных движений в локтевых суставах обеих рук.
- Чувствую себя спокойно.
- Глаза мои открылись, сеанс окончен.
- Больные мысленно повторяют фразу и открывают глаза.
- Чувствую себя спокойно.

Врач расспрашивает больных об их самочувствии и дает им задание в домашней обстановке продолжать тренировку упражнения № 6.

Занятие № 22 (упражнение № 7) направлено на вызывание ощущения прохлады в области лба.

Вначале проверяется степень усвоения домашнего задания.

Далее врач приступает к тренировке:

- Мышцы всего моего тела расслабились полностью.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела остаются расслабленными.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела стали тяжелыми.
- Чувствую себя спокойно.
- Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым.
- Чувствую себя спокойно.
- Тепло заполнило все мое тело.
- Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым, тепло сохраняется в моем теле.

— Чувствую себя спокойно.

— Мой пульс бьется спокойно, ритмично.

— Чувствую себя спокойно.

— Мышцы моего тела остаются расслабленными, тело тяжелым, тепло сохраняется в моем теле.

Врач заканчивает тренировку:

— Мышцы моего тела остаются расслабленными, тяжелыми, тепло сохраняется в моем теле, пульс остается спокойным, ритмичным, дыхание спокойным и ровным, ощущение горячего сохраняется в моей эпигастральной области, холодным остается мой лоб.

— Чувствую себя спокойно.

Окончание сеанса проводится так же, как предыдущего 21-го занятия.

Занятием № 22 заканчивается курс овладения больными методом аутогенной тренировки. Семь упражнений больной осваивает в течение 22 недель, то есть 4,5 месяца. С нашей точки зрения такое длительное овладение методом аутогенной тренировки является классическим, самым эффективным. Больной посещает врача-психотерапевта один раз в неделю, а в течение недели дома выполняет задание самостоятельно.

Такое длительное освоение того или иного упражнения позволяет больному, помимо усиления его внимания и сосредоточенности к тренировке, развивать процессы саморегуляции и самоуправления отдельными физиологическими процессами.

Многие авторы рекомендуют ускоренные методики для овладения аутогенной тренировкой. С нашей точки зрения допустимо сокращение сроков освоения АТ в два либо максимум в четыре раза, то есть в первом случае мы в одно занятие проводим тренировку двух частей тела, во втором врач проводит занятия с больными два раза в неделю. Попытки освоить АТ за более короткий период, с нашей точки зрения приводят к дискредитации метода и потере интереса к нему.

Лица, овладевшие в полном объеме методом АТ, могут управлять своим организмом. Они могут управлять всеми его функциями, способствуя тем самым быстрейшему выздоровлению; они могут повышать производительность труда, повышать творческие способности и спортивные достижения и т.д.

Врач после овладения больными всеми семью упражнениями разъясняет им влияние АТ на физиологические процессы, происходящие в организме.

Так, врач разъясняет больным, что мышечная релаксация, снижение тонуса как поперечно-полосатой, так и гладкой мускулатуры, способствует уменьшению эмоциональной напряженности, общему успокоению больного. Дыхание становится более медленным и поверхностным; частота пульса замедляется, то есть происходит нормализация дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности.

При мышечной релаксации у гипертоников артериальное давление нормализуется главным образом за счет систолического давления. Количество кортизона в сыворотке крови в состоянии релаксации несколько уменьшается. По мере нарастания релаксации легкая сонливость переходит в сон. Освоение релаксации способствует устранению агрипнических состояний.

По данным А.М. Свядоща, во время мышечной релаксации чаще наблюдаются изменения ЭЭГ, «указывающие на преобладание тормозного процесса в коре». Автор указывает на то, что в начале релаксации отчетливо выступал альфа-ритм. В дальнейшем, как правило, отмечалось снижение электрической активности головного мозга. Во время релаксации происходит выравнивание лабильности нейронов коры. По мнению А.М. Свядоща, состояние релаксации — это переходное состояние между сном и бодрствованием — гипнотическое фазовое состояние.

При вызывании ощущения тепла, по данным А.М. Свядоща, объем циркулирующей крови увеличивается, что может способствовать усилению, обострению и заживлению воспалительного процесса, что особенно важно при лечении различных

воспалительных заболеваний сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

При внушении «лоб прохладный» снижается температура кожи (на 0,6-1,2°) и в ней уменьшается кровоток, что можно использовать при внутренних кровотечениях (ювенильное кровотечение) и др.

При внушении «живот (эпигастральная область) теплый» у ряда больных наблюдалось повышение температуры кожи живота более чем на 2°.

По мнению Шульца, в состоянии релаксации можно вызвать гипермнезию, что способствует более продуктивному изучению иностранного языка.

В литературе имеются указания на то, что при релаксации удается эффективно лечить логоневрозы, повышать самовнушаемость человека.

При тренировке тяжести в теле удается активировать внутренние силы организма, способствовать укреплению волевой активности, упорядочению некоторых отрицательных форм поведения, нормализации характерологических особенностей, мобилизации интеллектуальных ресурсов и т.д.

Обобщая все изложенное выше в главе седьмой о терапии неврозов, можно с твердой уверенностью сказать, что наиболее эффективной терапией неврозов является сочетание медикаментозной терапии с психотерапией, где главная роль все же должна принадлежать последней. Что касается психотерапии, то предпочтительной психотерапией для каждого врача в отдельности является та, которая, с его точки зрения, должно быть предпочтительной на основании своего собственного опыта. Описанные выше разнообразные психотерапевтические примеры как фрейдистского направления, так и неопрейдистского толка, гипносуггестивная психотерапия, наркопсихотерапия, рациональная психотерапия, аутогенные тренировки в равной степени могут быть высокоэффективными при лечении неврозов, если ими пользуются высококвалифицированные специалисты.

В настоящем пособии созданному нами гипноанализу не случайно было уделено больше внимания. Метод создавался многие годы, использовался на огромном количестве больных, при неврозах, неврозоподобных состояниях, в клинике соматических, дерматологических, гинекологических заболеваний. Общая схема поэтапной психотерапии, разработанная нами, использовалась не только в тормозных состояниях коры, но и ее бодрствующих состояниях, и во всех случаях нам удавалось добиваться высокого терапевтического эффекта. Поэтому столь широкое изложение наших собственных психотерапевтических подходов к лечению многих болезней, оказавшихся высокоэффективными, было вполне закономерно, и, мы надеемся, оправданным.

Глава 15. Профилактика неврозов.

Говорить о профилактике неврозов и просто, и сложно.

Просто потому, что причиной их возникновения в большинстве случаев является психотравмирующее воздействие и предупреждение их играет решающую роль в профилактике неврозов.

Сложно потому, что, с одной стороны, не всегда легко выявить ту или иную психотравмирующую ситуацию, часто причиной заболевания является соматический фактор, переходящий в психотравмирующий, с другой стороны, устранение психотравм или адаптация к ним становится трудным, а порой и невозможным мероприятием.

Однако, учитывая, что не только психотравмы, но и другие факторы могут спровоцировать начало невроза, мы считаем необходимым начать описывать его профилактику, начиная с внутриутробного развития ребенка.

Для нормального развития плода мать должна вынашивать ребенка в атмосфере полного спокойствия. Она должна полноценно питаться, ее пища должна быть полноценной, калорийной и насыщенной витаминами. Окружающая обстановка должна быть спокойной, доброжелательной, то есть мать должна быть здоровой, а ее семья благополучной.

Затем большое значение для предупреждения неврозов имеет правильное воспитание ребенка. На эту тему имеется необозримая литература. По мнению А.В. Свядоца (1997). для правильного воспитания ребенка необходимо «развитие у него таких качеств, как выдержка, настойчивость, трудолюбие, умение преодолевать трудности, преданность высоким общественным идеалам». Но для этого, с нашей точки зрения, необходимо, чтобы у ребенка была хорошая семья, здоровые и благополучные родители, приличное материальное благосостояние. Ребенок не должен быть свидетелем конфликтных отношений в семье; его воспитание не должно проходить в обстановке постоянных запретов, он должен быть свободен, но его свобода должна быть ненавязчиво ограничена. С раннего детства ребенка необходимо приучать к аккуратности, соблюдению правил гигиены, правильному и калорийному питанию, воспитывать трудолюбие, любовь к близким и учебе. Причем все это должны делать родители не на словах, а на собственном примере. Необходимо с детства приучать ребенка к труду, любви к книге. Очень важно как можно с более раннего возраста приобщать ребенка к физкультуре. Спортивное воспитание ребенка является лучшей профилактикой не только неврозов, но и любого другого заболевания.

Ребенок, которому с детства все было дозволено, который был слишком заласкан, вырастает эгоистом, думающим только о себе, пренебрегающим интересами других, становится чрезмерно чувствительным, раздражительным, плаксивым, подвержен частым срывам.

Ни в коем случае нельзя слишком захваливать ребенка, так как это ведет к развитию у него таких отрицательных черт, как тщеславие, высокомерие и чувство превосходства над другими. Такие дети не пользуются авторитетом у своих сверстников, это приводит к замкнутости. При первой же неудаче у таких ребят может наступить тяжелый срыв.

Вредным также является постоянное напоминание ребенку о его даже самых незначительных недостатках, не говоря уже о его неполноценности, никчемности. Нельзя подавлять инициативу и требовать от ребенка беспрекословного послушания. Это может привести к развитию таких черт характера, как неуверенность в себе, мнительность, боязливость, нерешительность, что дает почву для развития невроза с навязчивостями.

Постоянное напоминание ребенку о том, что он лентяй, бездельник, лодырь, никчемный человек, может привести к тому, что он станет крайне неуверенным в себе, робким, застенчивым, не умеющим добиваться чего-либо в жизни. В семье как можно меньше нужно говорить на темы о болезнях, о страданиях людей. Всегда нужно с оптимизмом говорить о сегодняшнем дне и о перспективе, о положительных жизненных установках, о том, что человек должен уметь стойко переносить все невзгоды и что в его организме имеются огромные ресурсы для преодоления любых трудностей.

Весьма существенным для большей устойчивости и выносливости растущего организма является правильное половое воспитание. Родители при гигиеническом уходе за ребенком не должны акцентировать внимание ребенка на прикосновении к его половым органам, дабы не вызвать полового возбуждения. При купании ребенка прикасаться необходимо равномерно к любым частям его тела. К сожалению, многие матери особенно нежно и бережно прикасаются к половым органам мальчиков. Ни в коей мере нельзя, чтобы ребенок ложился в постель к родителям или спал с другими детьми даже в раннем возрасте. Это может в дальнейшем способствовать различным нервно-психическим заболеваниям. Совершенно недопустимым является случай, когда ребенок становится свидетелем половых отношений между родителями.

Необходимо, чтобы сексуальное воспитание ребенка проводилось тактично, по мере роста его интереса к этой проблеме. Интерес к проблеме должен исходить от ребенка, а разъяснения родителей должны быть адекватны уровню интереса последнего, они должны касаться отдельных сторон проблемы, а не проблемы в целом. Не следует замалчивать эту тему; нужно вести себя так, чтобы у ребенка возникло свободное, естественное отношение к ней. Никогда нельзя на ребенка, уличенного в занятиях онанизмом, обрушивать гнев, осуждение и упреки в совершении грязного поступка, это в будущем может способствовать образованию навязчивого страха.

Отрицательное влияние на ребенка оказывают нездоровые отношения в семье между родителями и особенно уход одного из родителей из семьи. Нельзя допускать, чтобы ребенок становился свидетелем ссор между родителями, тем более он не должен привлекаться в качестве арбитра для улаживания отношений между ними. В случаях разрыва отношений между родителями, последние не должны вызывать враждебного чувства к ушедшему родителю, запрещать свидания ребенка с отцом или матерью. И, несмотря на то, что разрыв между родителями является тяжелой драмой для ребенка, необходимо делать все возможное и даже невозможное, чтобы оставивший семью родитель оставался другом ребенка.

Для того чтобы у взрослого человека любая психотравмирующая ситуация, даже очень сильная, не могла вызвать тот или иной нервный срыв, необходимо предусмотреть следующие профилактические шаги. Прежде всего это создание такой социальной среды для каждого индивидуума в отдельности, которая бы способствовала устранению неуверенности в завтрашнем дне, росту уважения, личного достоинства человека, нормализации жилищных условий, бытовых условий, ликвидации источников (травматических, инфекционных), вызывающих те или иные заболевания, способствующие ослаблению организма и ведущие к возникновению неврозов. Если говорить о «неврозах военного времени», то самой лучшей мерой профилактики против них может быть только поддержание прочного мира.

Важными факторами профилактики неврозов является нормализация режима труда и отдыха, достаточный сон. Всякое недосыпание способствует наращиванию общей астенизации организма, снижению работоспособности, возникновению неврозов. Лучшим средством в борьбе со снижением работоспособности, способом поддержания общего тонуса является, с нашей точки зрения, аутогенная тренировка. Сегодня накоплен огромный опыт, свидетельствующий о том, что овладение аутогенной тренировкой увеличивает производительность труда, улучшает общее самочувствие, углубляет ночной сон и повышает жизненный тонус. Мы проводили широко аутогенную тренировку на предприятиях, в среде актеров, спортсменов, в школе. Везде мы добивались высоких результатов в повышении работоспособности, актерского и спортивного мастерства, успеваемости.

Не менее важным фактором в профилактике неврозов является строгое соблюдение здоровым или больным человеком спортивного режима. Мы часто рекомендовали больным с навязчивыми страхами, помимо медикаментозного лечения и психотерапии, также соблюдение того или иного спортивного режима. Чаще всего это был бег трусцой, на втором месте — утренняя зарядка либо сочетание бега с зарядкой; на третьем — плавание. Важность занятий спортом разъяснялась больным во время гипноуггестивной терапии: систематические занятия спортом способствуют повышению мышечного тонуса. В свою очередь, повышение мышечного тонуса способствует повышению тонуса мозговых клеток. И наконец, повышение тонуса мозговых клеток способствует быстрейшему угасанию любых невротических симптомов, в том числе и навязчивых страхов. После окончания курса лечения и устранения навязчивых страхов рекомендации продолжать и после лечения строгое соблюдение спортивного режима основывались на том, что поддержание при помощи физкультуры высокого мышечного тонуса и тонуса мозговых клеток будет препятствовать обострению заболевания при стрессовых состояниях.

Глава 16. Реабилитация и трудовая экспертиза при неврозах.

Вопрос о реабилитации больных неврозами и их трудовой экспертизе, так же как и вопрос о профилактике неврозов, остается до сих пор сложным и весьма спорным.

М.М. Кабанов (1978) под реабилитацией (от английского — ability — способность, умение) объединяет комплекс мероприятий, направленных на восстановление социальных связей личности, нарушенных болезнью (ресоциализация), и приспособление (реадаптация) больного к труду и быту на новом, измененном вследствие болезни уровне.

Проще говоря, под реабилитацией мы понимаем эффективное лечение неврозов и зависящую от него степень восстановления работоспособности.

Исходя из этого, проблемы реабилитации больных неврозами менялись и продолжают меняться в связи с тем, что эффективность лечения этих заболеваний возрастает благодаря применению все более новых, более эффективных методов психотерапевтического воздействия и расширению спектра психофармакологических препаратов.

Трудовая экспертиза неврозов, по нашему мнению, тесно связана с терапией, и невроз необходимо трактовать как динамическую утрату трудоспособности на протяжении всего болезненного процесса.

Под неврозами понимаются функциональные расстройства центральной нервной системы, то есть расстройства, не затрагивающие структурной целостности головного мозга, из этого можно сделать наивный вывод о том, что если нет поломки, то нет и инвалидности. Однако это грубейшее заблуждение. Несмотря на то, что неврозы являются функциональными расстройствами, все же их глубина и течение разные. Невроз неврозу рознь. Между неврозами даже в рамках одной нозологической формы имеются различия по степени нарушения расстроенных, а иногда и утраченных функций.

Рассмотрим особенности реабилитации и трудовой экспертизы неврозов в аспекте качества болезненного состояния, его глубины и продолжительности течения, а также установки больного на свое болезненное состояние, для каждого невроза в отдельности.

Начнем с самого распространенного невроза — неврастении.

Основными симптомами для неврастений являются общая слабость и раздражительность, естественно, что основные трудности этой категории больных связаны со снижением трудоспособности и нарушением взаимоотношений с коллективом. Больные, как правило, обращаются к врачу только в том случае, когда степень астенизации и раздражительности достигает своего апогея и больные уже не в состоянии контролировать себя в полном объеме. На этом этапе лечебного процесса целесообразно либо госпитализировать больного на 2-3 недели, либо начать лечение больного амбулаторно с освобождением от работы сроком на две недели. Лечение должно быть медикаментозным и психотерапевтическим. Мы рекомендуем гипносуггестивную терапию, нацеленную на общее успокоение больного, повышение уровня его адаптации к болезни и окружающей среде и восстановлению его ночного сна.

При наличии у больных неврастением навязчивых состояний мы проводим соответствующее психотерапевтическое лечение по специальной модели, предназначенной для этой категории больных.

Наши наблюдения за больными с неврастением и неврастением с навязчивостями на протяжении многих лет свидетельствуют о том, что в результате лечения они, как правило, полностью выздоравливали, легко адаптировались к окружающей среде, полностью восстанавливалась их работоспособность и в переводе на инвалидность, даже временную, эти больные не нуждались.

По мнению А.М. Свядоща (1997), больные, страдающие неврастением, чаще всего нуждаются в освобождении от дополнительных или сверхурочных работ, временном переводе на работы, не связанные с ночной сменой. В освобождении от работы, по мнению автора, нуждаются только те больные неврастением, работа которых требует высокого напряжения внимания. Лица, совмещающие работу с учебой, нуждаются на определенное время в освобождении от одной из нагрузок, особенно от экзаменов. В отдельных случаях целесообразно рекомендовать академический отпуск. Особое внимание, по мнению А.М. Свядоща, следует уделять водителям транспорта и тем работникам, быстрая утомляемость которых может привести к несчастным случаям.

По данным А.М. Свядоща 90%, а по данным Р.А. Зачепиского (1966) около 85% больных неврастением полностью выздоравливают после проведенного лечения и возвращаются на работу по специальности. Иногда, считает А.М. Свядощ, следует после эффективного лечения переводить больных временно на облегченную работу. В редких случаях при неврастении А.М. Свядощ рекомендовал переводить на инвалидность III группы, а в исключительных случаях — на инвалидность II группы.

Вопрос о реабилитации больных истерией и истерией с навязчивостями представляется нам более трудным, чем при неврастении. Обусловлено это прежде всего теми клиническими различиями, которые имеют место между этими

заболеваниями и особенностями патоморфоза, которые в большей степени коснулись истерии.

Сегодня значительно реже в клинике и амбулаторных условиях можно увидеть те классические истерические припадки, истерическую дугу, тяжелые и стойко зафиксированные параличи, амавроз и другие расстройства, характеризующие это заболевание в средние века и в период интереса к ним таких корифеев науки, как М. Шарко и П. Жаннэ, З. Фрейд. Таким образом, клиническая картина этого заболевания видоизменилась. Произошло это не только в связи с изменявшимся социальными и культурными условиями жизни человека, но в большей степени и в связи с возросшими возможностями более эффективного лечебного воздействия на них.

Безусловно, изменение патоморфоза истерии полностью объясняется появившимися новыми психофармакологическими средствами и методами психотерапии. В нашей практике для многих болезненных проявлений истерического характера, таких, как параличи, амавроз, афония, продолжительность их устранения посредством наркопсихотерапии составляла от нескольких часов (описано в книге выше) до нескольких дней. В большинстве своем, нетрудоспособность этих больных ограничивалась сроком их пребывания в стационаре, то есть до одного — полутора месяцев, в зависимости от давности заболевания и глубины истерических расстройств. Вопрос о трудовой экспертизе у наших больных даже не ставился на повестку дня.

По данным А.М. Свядоща, «освобождение от работы больных истерией и их лечение в улучшенных жизненных условиях нередко способствуют тому, что болезненные симптомы приобретают еще большую условную приятность или желательность и в связи с этим еще больше закрепляются». Исходя из этого, по мнению автора, иногда целесообразным оказывается игнорировать жалобы больного и принуждать его к труду. Иногда, по мнению А.М. Свядоща, даже необходимо временно переводить больных с истерией на инвалидность III группы на непродолжительный срок с целью ущемления их материальных интересов. Всегда необходимо помнить о том, что крайне нежелательно связывать развитие того или иного истерического симптома с производственной травмой, в связи с тем что это обстоятельство может усилить часто возникающие именно при истерии рентные установки больного.

А.М. Свядощ все же в качестве исключения отмечал в своей практике редкие случаи, когда грубые и стойко зафиксированные истерические расстройства приводили к признанию больных инвалидами не только II и III группы, а даже и первой.

По данным А.М. Свядоща, около 2/3 больных истерией устойчиво реабилитировались и работали по своей специальности. Проблемы трудовой экспертизы для больных неврозом с навязчивостями, с нашей точки зрения, имеют скрытый и явный характер.

Скрытость их заключается в том, что большинство этих больных (это касается больных в большей степени с клаустрофобией, у которых болезнь сама ограничивает их в перемещении на работу) по собственному желанию увольняются с работы и пытаются самостоятельно найти помощь. Если больные неврозом навязчивых состояний, в том числе и указанные выше, попадают на лечение к опытным специалистам вскоре после начала заболевания, им целесообразно выписывать больничный лист. Если больной лечится в стационарных условиях, он должен освобождаться от работы на время стационарного лечения (но не более чем на 1,5 месяца). Если же больной лечится амбулаторно, то целесообразно ограничить его трудоспособность не более чем на 2 или 3 недели.

Все находящиеся под нашим наблюдением больные с неврозом навязчивых состояний за время лечения полностью реабилитировались, и никогда после этого не возникал вопрос об их трудовой экспертизе.

С нашими взглядами согласны многие невротологи. По данным А.М. Свядоща, при неврозе навязчивых состояний утрата трудоспособности носит временный характер; ему в редких случаях все же приходилось переводить больных на инвалидность, но, в отдельных случаях работа способствовала смягчению навязчивых состояний.

И наконец, реабилитация, и трудовая экспертиза больных психастениями мало чем отличаются от больных другими формами неврозов. По нашим данным, терапия больных психастениями в отличие от больных неврозом навязчивых состояний носит

более продолжительный характер. Эти больные требовали более продолжительного времени пребывания в условиях стационара и проведения им большего количества сеансов гипносуггестивной терапии. После длительной терапии большинство больных психастениями все же возвращалось на свою прежнюю работу. В редких случаях, для исключения переутомления, недосыпания, всех других факторов, ведущих к астенизации организма больного, рекомендовалось изменить условия их труда, и более длительное время проводилось поддерживающее медикаментозное и психотерапевтическое лечение.

В заключение можно с уверенностью сказать, что именно работа для больных неврозами является, наряду с терапией, важнейшим фактором более надежной их реабилитации и сохранения их трудоспособности.

Литература.

- Авицена* Книга исцеления; Канон врачебной науки. — 980-1037.
- Авруцкий Г.Я., Недува А.Л.* Лечение психических больных. — М.: Медицина, 1981; 1984.
- Александровский Ю.А.* Клиническая фармакология транквилизаторов. — М.: Медицина, 1973; 1979.
- Архангельский А.Е.* Общая психопатология. — С.-Пб.: Образование, 1994.
- Архангельский В.Г.* К вопросу о навязчивых влечениях // Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — Т. III. — С. 179-189, 1955.
- Асатиани М.М.* Условный рефлекс в приложении к симптомам психоневроза // Психотерапия. — № 4. — 1913.
- Асатиани Н.М.* Сравнительная характеристика синдрома навязчивых страхов при некоторых неврозах и шизофрении // Невропатология и психиатрия. — № 61. — 1963.
- Бамдас Б.С.* Астенические состояния. — М.: Медгиз, 1961.
- Бахур В.Т.* Различные варианты невроза навязчивых состояний // Врачебное дело. — № 6. — 1961.
- Белоус В.М.* Применение гипноза при лечении бронхиальной астмы // Медицинский архив. — Т. 1. — 1925.
- Белоусова М.Т.* О синдроме навязчивых состояний // Неврология и психиатрия. — Т. 54. — № 11. — 1954.
- Берндейм Г.* О гипнотическом внушении и применение его к лечению болезни. — Одесса, 1877.
- Бехтерев В.М.* Лечебное значение гипноза. — С.-Пб., 1900.
- Бехтерев В.М.* Гипноз, внушение и психотерапия и их лечебное значение. — С.-Пб., 1911.
- Бехтерев В.М., Голант Р.Я.* Психоневрозы. Ланг. Частная патология и терапия внутренних болезней. — 1929.
- Бехтерев В.М.* Избранные произведения. — Л., 1954.
- Бинсвагер О.* Учебник психотерапии. — С.-Пб., 1906.
- Бирман Б.Н.* Об изменении раздражительного процесса в коре головного мозга при переходе от сна к бодрствованию. — Труды III. — 1. — 1928.
- Бирман Б.Н.* Экспериментальный подход к проблеме гипнотизма // Физиологический журнал СССР. — VII. — 1924.
- Боткин С.П.* Клинические лекции. Т. 2. — М., 1950.
- Бруханский Н.М.* К учению об эпилепсии и навязчивых идеях // Медицинский журнал. — № 5. — 1923.
- Буль П.И.* Основы психотерапии. — М.: Медицина, 1974.
- Буль С.П.* Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. — Л., 1968.
- Буль С.П.* Основы психотерапии. — Л.: Медицина, 1974.

- Бурно М.Е.* Психотерапия психастенической психопатии. Руководство по психотерапии, 2-е изд. — Ташкент: Медицина, 1979.
- Буртянский Д.Л., Кришталь В.В., Филатов А.Т.* Принципы и методы психотерапии и психопрофилактики расстройств мужской потенции. — М.: Медицина, 1978.
- Быков К.М.* Кора головного мозга и внутренние органы. — М.: Медгиз, 1947.
- Быков К.М.* Некоторые материалы к учению о неврозах. В сб.: Неврозы. — Петрозаводск, 1956.
- Быков К.М., Курцин И.Т.* Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни, 2-е изд. — М., 1952.
- Быков К.М.* Некоторые материалы к учению о неврозах. В сб.: Неврозы. — Петрозаводск, 1956.
- Быков К.М., Курцин И.Т.* Кортико-висцеральная патология. — Л., 1960.
- Вайсман Г.А., Зорохович И.И.* Таблица стерилизации медикаментов. — Киев, 1959.
- Валентик Ю.В.* Предисловие к книге Макарова В.В. Избранные лекции по психотерапии. — М.-Е., 1999.
- Вейн А.М., Колосова О.А.* Вегетативно-сосудистые пароксизмы. — М., 1971.
- Вейн А.М., Родштат И.В.* Церебральные механизмы неврозов человека. — В кн.: Материалы 25-го Всесоюзного совещания по проблеме высшей нервной деятельности. — Л., 1977.
- Вейн В.М.* Бодрствование и сон. — М., 1970.
- Виленский О.Г.* Стрессы репатриации и их преодоление. — Иерусалим: Лира, 1997.
- Виш И.М.* Практическая психотерапия. — Воронеж, 1969.
- Власов Н.А., Беккер К.П.* Заикание. — М.: Медицина, 1983.
- Вольперт И.Е.* Психотерапия. — Л., 1973.
- Выметал О.* Некоторые аспекты нозологической концепции неврозов. — 1959.
- Вундт Б.* Гипнотизм и внушение / Пер. с нем. — 1893.
- Газенко О.Г.* Предисловие к монографии Тиграняна Стресс и его значение для организма. — М.: Наука, 1988.
- Гаккель Л.Б.* К вопросу о неврозе навязчивости // Архив биологической науки, ТИО. — В. 1. — 1936.
- Гаккель Л.Б.* Патологические механизмы и клиника навязчивого синдрома. — М., 1938.
- Гаккель Л.Б.* Патологические механизмы и клиника синдрома навязчивости — М., 1956.
- Ганнушкин П.Б.* Психастенический характер // Современная психиатрия. — 13. — 1907.
- Ганнушкин П.Б.* Клиническая психопатология. — М., 1913.
- Ганнушкин П.Б.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1964.
- Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — Север, 1933.
- Ганнушкин П.Б., Суханов С.А.* К изучению о навязчивых идеях // Невропатология и психиатрия. — Кн. № 3. — 1902.
- Гервер А.В.* К патологии навязчивых состояний // Невропатология и психиатрия. Приложение к т. IV. — 1924.
- Гиляровский В.А.* Психиатрия. — М, 1935, 1954.
- Гиляровский В.А.* Старые и новые проблемы психиатрии. — М., 1946.
- Гобашвили В.М.* Психический спазм (клиника и лечение). — Тбилиси: Изд-во АН Груз ССР, 1961.
- Гоклер Е.* Функциональные проявления психоневрозов, их лечение психотерапией. — 1912.
- Гризингер В.* Душевные болезни / Пер. с нем. — С.-Пб., 1886.
- Гуревич М.О.* Психиатрия. — М., 1949.
- Давыденков С.И.* Гипнотизм. — Госмедиздат Украины, 1924.

- Давыденков С.И.* Неврозы. — М., 1963.
- Данилевский В.Я.* Гипнотизм. — Госмедиздат Украины, 1924.
- Даршкевич Л.О.* Курс нервных болезней. Т. III. — 1917.
- Джанет П.* Неврозы. — М., 1911.
- Дидро Д.* Энциклопедия (1751-1780).
- Доценко С.Д.* Навязчивые состояния при неврозах // Невропатология и психиатрия. — № 7. — 1956.
- Дукельский Б.Е.* Внутривенный наркоз гексеналом // Новый хирургический архив. — Т. 41. — Кн. I. — 1938.
- Дюбуа Р.* О психотерапии. — 1911.
- Дюбуа Р.* Психоневрозы и их психическое лечение.
- Иванов Е.С.* Особенности высшей нервной деятельности при зрительных галлюцинациях в состоянии алкогольного делирия. Авт. докт. дисс. — Л.: ВИОЛа, 1965.
- Иванов Н.В.* Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. — М.: Медицина, 1996.
- Иванов-Смоленский А. Г.* Навязчивые состояния и фобии // Научная медицина. — № 9. — 1922.
- Иванов-Смоленский А.Г.* Очерки высшей нервной деятельности. — М.: 1925.
- Истмонова Т.С.* Функциональные расстройства внутренних органов при неврастении. — М.: Медгиз, 1958.
- Кабанов М.М.* Реабилитация психических больных. — Л., 1985.
- Каландаришвили А.С., Бортник Т.Л., Бергина Е.С. и др.* Феназепам в лечении больных с пограничными формами нервно-психических расстройств // Советская медицина. — № 7. — 1979.
- Каменецкий Д.А.* К вопросу о вариабельности гипносуггестивной терапии неврозов // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Т. V. — № 3. — 1999.
- Каменецкий Д.А.* О некоторых особенностях динамики навязчивостей у больных неврозом навязчивых состояний и психастении под влиянием наркопсихотерапии. Сб. науч. работ (II часть). — Днепропетровск, 1963.
- Каменецкий Д.А.* К методике наркопсихотерапии при лечении неврозов с состояниями навязчивости. Сб. науч. работ (II часть). — Днепропетровск, 1963.
- Каменецкий Д.А.* Амбулаторное лечение неврозов с состояниями навязчивости методом наркопсихотерапии. Сб. научно-практических конференций. — Днепропетровск, 1965.
- Каменецкий Д.А.* Катамнез больных, страдающих неврозами с состоянием навязчивости, леченных методом наркопсихотерапии. Мат. Днепропетровской научно-практической конференции невропатологов и психиатров. — Днепропетровск, 1966.
- Каменецкий Д.А.* Наркопсихотерапия неврозов с состояниями навязчивости. Автореф. диссертации канд. мед. наук. — Днепропетровск, 1968.
- Каминский С.Д., Савчук В.И., Павленко С.М.* Нарушение высшей нервной деятельности после амиталового сна // Эксперименты биологии и медицины. — Т. XXXIX. — № 4. — 1955.
- Кандинский В.Х.* О псевдогаллюцинациях. — М., 1951.
- Каннабих Ю.В.* Психотерапия. — Л., 1926.
- Каннабих Ю.В.* История психотерапии. — 1929.
- Каннабих Ю.В.* Эволюция психотерапевтических идей. XIX в. — М., 1936.
- Карандашова Э.А., Корниенко Е.Г. и др.* Психологические и биохимические аспекты патогенетических механизмов и психотерапии невротических фобий. Тезисы доклада III Всерос. съезда невропатологов и психиатров. — М, 1974.
- Карвасарский Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. — С.-Пб., 1999.
- Карвасарский Б.Д.* Неврозы. — М.: Медицина, 1980.
- Кербигов О.В.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1971.
- Консторум С.И.* Опыт практической психотерапии. — М., 1959, 1962.

- Конторович Н.В.* Опыт сочетательно-рефлекторной терапии алкоголизма. — Л.: Медицина, 1929.
- Корсаков С.С.* Курс психиатрии. — М., 1901; 1913; 1962.
- Крайндлер А.* Астенический невроз. — М., 1963.
- Крафт-Эбинг Р.* Учебник по психиатрии / Пер. с нем. — М., 1897.
- Креплен Е.* Введение в психиатрическую клинику. — М.: Госиздат, 1923.
- Креплен Е.* Учебник психиатрии для врачей и студентов. — М., 1895; 1910; 1915; 1916.
- Кретсмер Е.* Внушение. — Киев, 1924; 1925; 1927; 1946.
- Кретсмер Е.* Медицинская психология. — С.-Пб., 1927.
- Кузнецов М.Т.* К клинике рефлекторных галлюцинаций // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1968. — Т. 68. — Вып. 6.
- Ланг Г.Ф.* Болезни системы кровообращения. Руководство по внутренним болезням. — М., 1957.
- Лапите А.Г.* Данные катamnестического обследования больных, страдающих навязчивостями. Авт. диссерт. канд. мед. наук. — М., 1962.
- Лебединский М.С.* Очерки психотерапии. — М.: Медицина, 1972.
- Лебединский М.С., Мясищев В.Н.* Введение в медицинскую психологию. — Л.: Медицина, 1966.
- Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии. — М.; Екатеринбург, 1999.
- Макаров В.В.* Метод кристаллизации проблем — новый вариант психотерапии // Обзорение психотерапии и медицинской психологии В.М. Бехтерева. — 1993, № 3.
- Макаров В.В.* Беседа как основной путь понимания и воздействия. — Красноярск: Фонд ментального здоровья, 1995.
- Макаров В.В.* Психические активные вещества в повседневной жизни человека. — М., 1997.
- Мегун Г.* Бодрствующий мозг. — М., 1960.
- Ментаташвили И.Т.* О лечении психастенических навязчивостей // Труды юбилейной сессии мединститута, 1956.
- Меньшиков Ф.К., Маленкович А.Б.* Наблюдение над применением гипнотерапии в клинике внутренних болезней // Тер. архив. — Т. XXV. — В. П. — 1913.
- Молль А.* Избранные произведения. — М., 1949.
- Молохов А.Н.* Obsессии, фобическое развитие // Труды психиатрической клиники. — № 1. — ММИ. — Вып. 6. — Т. П. — 1937.
- Мухин В.Н.* К методике лечения при ночном недержании мочи // Невропатология и психиатрия. — Т. XIX. — № 3. — 1950.
- Мясищев В.М.* Личность и неврозы. — Л., 1960.
- Мясников А.Л.* Патогенез и терапия гипертонической болезни в свете учения И.П. Павлова // Высшая нервная деятельность. — Т. III. — Вып. I. — 1913.
- Николаев Ю.С.* Лечение нервно-психических заболеваний дозированным голоданием. — М., 1961.
- Неткачев Г.Д.* Клиника и психотерапия заикания. — М., 1913.
- Озерецковский Д.С.* Навязчивые состояния — 1950.
- Осипов В.П.* Определение понятия навязчивых идей и их происхождение. — 1919.
- Осипов В.П.* Руководство по психиатрии. — М.; Л., 1923, 1931.
- Очкин А.Д., Федорович Д.П.* Опыт применения эвипаннатриевого наркоза // Советская хирургия. — 4. — 1935.
- Павлов И.П.* Павловские среды. Т. I. — 1949.
- Павлов И.П.* Полное собрание сочинений. 2-е изд., т. III, кн. 1-2. — М.;Л., 1951.
- Павлов И.П.* Проба физиологического понимания навязчивого невроза и паранойи. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности животных. — М., 1957.

Павлов И.С. Технология психотерапии алкогольной зависимости XXI века. Человек с зависимостью трезвенника // Вопросы ментальной медицины и экологии. — Т. V. — № 3. — 1999.

Парацельс Ф. О магнетизме, 1493-1541.

Петрова М.К. Сонное наркотическое и сонное гипнотическое торможение и их терапевтическое значение для собак-невротиков // Физиологический журнал СССР. — 1946.

Петрова М.К. О роли функционально ослабленной коры головного мозга в возникновении различных патологических процессов в организме. — Л., 1946.

Платонов К.И. Общие физиологические основы терапии неврозов // Неврозы. — 1930.

Платонов К.И. Слово как физиологический и лечебный фактор. — 1957.

Погибко Н.И. Материалы к судебно-медицинской экспертизе реактивных психозов с затяжным течением. Автореф. докт. диссертации. — Харьков, 1961.

Побегайло Е.Г. Опыт лечения больных неврозами с синдромами навязчивых состояний // Вопросы практической психиатрии. — 1961.

Подъяпольский П.П. О вазомоторных расстройствах, вызываемых гипнотическим внушением // Невропатология и психиатрия. — 1909.

Попов Е.А. Навязчивые состояния и психастения. Опыты Великой Отечественной войны, Т. 26 — 1946.

Попов Е.А. О некоторых условиях образования навязчивых состояний // Советская психоневрология. — № 4. — 1949.

Портнов А.А., Федотов Д.Д. Неврозы, реактивные состояния и психопатии. — М., 1957.

Притц А., Тойфельхард Х. Психотерапия: новая наука о человеке / Под ред. А. Притца. — М.; Е., 1999.

Райков В.А. Биозволюция и совершенствование человека. Гипноз, сознание, творчество, искусство (очерки, гипотезы, теория, практика). — М., 1998.

Раймонд Д. Неврозы и психоневрозы. — С.-Пб., 1910.

Родосский А. О судорожной одышке бронхов. Диссерт. — С.-Пб., 1863.

Рожнов В.Е. Лекции по психотерапии. — М., 1971.

Рожнов В.Е. Руководство по психотерапии / Под ред. Рожнова В.Е. — Ташкент: Медицина, 1979.

Рожнов В.Е. Гипноз в медицине. — М., 1954.

Рожнов В.Е. Психотерапия алкоголизма. Сб.: Вопросы психотерапии. — М., 1966.

Рожнова М.А., Рожнов В.Е. Легенды и правда о гипнозе. — М.: Советская Россия, 1964.

Ромен А.С. Самовнушение и его влияния на организм человека. — Алма-Ата, 1971.

Свядош А.А. Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1974.

Свядош А.М. Неврозы и их лечение. — М.: Медицина, 1959, 1980.

Селье Г. Очерки об адаптационном синдроме. — М.: Медгиз, 1960.

Селье Г. Стресс без дисстресса. — М.: Прогресс, 1979.

Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. — М., 1863.

Симсон Т.П. Неврозы у детей, их предупреждение и лечение. — М.: Медгиз, 1968.

Скворцов В.И. Фармакологический характер амитала. В кн.: Лечение душевнобольных. — М., 1940.

Скляр Н.И. К учению о навязчивых представлениях // Невропатология и психиатрия. — № 2, 3. — 1907.

Скляр Н.И. К психопатологии навязчивых и родственных им состояний // Невропатология и психиатрия. — № 1-4. — 1908.

Слуцкий А.С. Поведенческая психотерапия. В кн.: Руководство по психотерапии, 2-е изд. — Ташкент: Медицина, 1979.

Случевский И.Ф. Психиатрия. — 1958.

- Снежневский А.В.* Психоневрозы. Энциклопедический словарь военной медицины. — Т. 4. — М., 1948.
- Снежневский А.В.* Вступительная статья к кн. Уэллса Г. Павлов и Фрейд. — М., 1959.
- Суханов С.А.* Душевные болезни. — 1914.
- Суханов С.А., Ганнушкин П.Б.* К учению о навязчивых идеях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова — №3. -1902.
- Танцюра М.Д.* Опыт лечения больных с навязчивым неврозом методом активного возбуждения очага патологической инертности // Врачебное дело. — № 5. — 1957.
- Татаренко Н.П.* Некоторые вопросы клиники и патофизиологии состояний навязчивости. Сб.: Неврозы. — 1956.
- Тегранян Р.А.* Стресс и его значение для организма. — М.: Наука, 1988.
- Телешевская М.Э.* Наркопсихотерапия при неврозах. — Л.: Медицина, 1969.
- Токарский А.А.* Гипнотизм и внушение // Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. — Т. XI. — Вып. 2. — 1888.
- Токарский А.А.* Терапевтическое применение гипнотизма. — М., 1890.
- Трунова М.М.* Некоторые особенности взаимодействия первой и второй сигнальных систем при неврозе навязчивых состояний // Сб. трудов Ин-та высшей нервной деятельности. — Т. 1. — 1955.
- Трунова М.М.* Влияние длительного сна на корковую динамику больных неврозом навязчивых состояний // Сб. трудов Ин-та высшей нервной деятельности. — Т. 1. — 1955.
- Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства — М.: Медицина, 1973.
- Уэллс Г.К.* Павлов и Фрейд. — М., 1959.
- Уэллс Г.К.* Зигмунд Фрейд и его учение // Вопросы философии. — 1959.
- Уэллс Г.К.* Фрейдизм и его современные реформации // Вопросы философии. — 1959.
- Филатов А.Т.* Аутогенная тренировка — Киев: Здоровье, 1979.
- Форель А.* Гипнотизм и лечение внушением. — С.-Пб., 1905.
- Форель А.* Половой вопрос. — С.-Пб., 1910.
- Фрейд З.* О психоанализе. — М., 1911.
- Фрейд З.* Очерки по психологической сексуальности // Психоаналитическая библиотека — 1911. — VIII.
- Фрейд З.* Страх. — М.: Современные проблемы, 1927.
- Халецкий А.М.* О психотерапии некоторых фобических состояний // Вопросы психотерапии. — 1958.
- Хорошко В.К.* Учение в неврозах. — 1943.
- Черноруцкий М.В.* Кортико-висцеральный патогенез язвенной болезни // Высшая нервная деятельность. — Т. 3. — 1953.
- Черток Л.* Гипноз / Пер. с франц. — М.: Медицина, 1972.
- Чиж В.Ф.* Страх нарастания скорости // Обзорение психиатрии. — № 1. — 1912.
- Шарко И.* Поликлинические лекции в Сальпетриери. — С.-Пб., 1889.
- Шевалев Е.А.* Материалы I Украинского съезда невропатологов и психиатров. — Харьков, 1934.
- Шкловский В.М.* К исследованию проблем патогенетических механизмов заикания. В кн.: Тезисы III доклада Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. — М., 1974.
- Шкловский В.М.* Опыт применения групповой психотерапии при лечении больных с заиканием. В кн.: III Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. — Л., 1979.
- Щербак А.Е.* К этиологии, профилактике и лечению современной психастении. — Известия Гос. ин-та физиолог. методов лечения им. Сеченова, 1927.
- Юдин Т.И.* Психопатологические конституции. — М., 1920; 1926.

- Юнг К. Метаморфозы и символы либидо. — 1913.
- Якобзон Л.Я. Половое бессилие. — С.-Пб., 1916.
- Яковлева Е.К. Психотерапия невроза навязчивых состояний. Опыт терапии нервных и душевных заболеваний. — Л., 1939.
- Яковлева Е.К. Методика психотерапии невроза навязчивых состояний и психастении. Труды конференц., посвящ. пробл. неврозов. — Л., 6-9 июня, 1955.
- Яковлева Е.К. Патогенез и терапия неврозов навязчивых состояний и психастении. — Л., 1958.
- Яроцкий А.И. Новые направления в лечении нервных болезней // Русская мысль. — № 4. — 1915.
- Abraham K. Klinische Beitrage zur Psychoanalyse. Lpz; — Wien 1921.
- Addisson M., Duval M.D. Narcosynthes and hipnotism. Virgin. Med. Menthly, 1945, 73, 3, 101.
- Adler A. Praxis und Therielder Individual — psychologie / Munchen, 1927.
- Aivy E., Aivy B., Saimak-Donning L. Consulting and psychotherapy combination of methods, theory and practice. New York, 1987.
- Alexander F.G. The dynamic of psychotherapy in the light of learning therapy. — Inter, J. of Psychiatry, 1965.
- Alexander F.G., French T.M. Psychoanalytic therapy, principles and application, № 4, Ronald Press, 1946.
- Aristotelis Stagiritze, philosophorum omnium fasile principis, opera aux in nunc usob diem extant omnia, Latinitate partim antea, partim nunc primum a viris doctifsimis donata. Basiliex, 1542.
- Amand L.F. Sur la theorie d obsession. Arch. Neurotog, 1901.
- Axenfeld A., Huchard H. Treid des nervosas par A. Axenfeld. Paris, 1883.
- Berger O. Trebelgucht und Zwangsvorstellungen. Arch. Psychiat, 1878.
- Bernheim H. Suggestion, hypnotisme, psychotherapie. Paris, 1891, 1921.
- Bernheim H. De la suggestion et des ses applications de la therapeutique. Paris, 1891.
- Beteson W. Mendel's Principles of heredity. Cambridge, 1909.
- Bilikievics T., Galuszko P., Kaminski L. Nerwice i ich leczenie. W., 1959.
- Bleuler E. Handbuch der Psychiatrie. Leipzig-Wien, 1911.
- Bleuler E. Lehrbuch der Psychistrie Aufl., 1916, 1930, 5.
- Bobon J., Debre Ch. Narcoanalyse d'un invalide de guerre hemiplegique depuis imit armies. Acta neurol., et psych., Belgica, 1949.
- Bollea G., Strazzen R. Problema nosografico bei tic in base ab one studio catampestuo. Revue de neuropsychiatric infantile et d'hygienementale de Jeufance, 1955, № 9-10.
- Bonhoffer K. bber die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Mannisch Depressiven. Mtschr. Psych., Neurolog, 1913.
- Borel A., Cenax M. Rapport sur l obsession VII conf. Psychoanal. Anception, 1993.
- Bourdon S, Flamant J. Etude experimentale de la reticence en narcoanalyse. Ada neural, psych, Belgia, 1952.
- Breard G. American nervousness, its causes and consequences. № 4, 1880.
- Breide I. Neurohypnologie. Edinb, 1842; Paris, 1843.
- Breide I. Der Hypnotisme. Berlin, 1882.
- Bremer F., Grinder J. Nouvelles recherches sur le mecanisme du sommeil, C.R. Soc. Bid, 1936.
- Brenmann und Gill Hypnotherapy. London, 1947.
- Breur J., Freud. Studien uber Hysterie. Wien, 1895.
- Bumke O. Was sing Zwangsvorgange? Holl. U.S., 1906.
- Bumke O. Handbuch der geisteskrankheifen. Berlin, Springer, 1928.
- Cannon W.B. Organisation for psychological homeostasis. — Physiol Rew, 1929.
- Carp E. Christian psychotherape. Z I. Ges Neur. Et Psych., Paris, 1956.

- Caruso I.A., Urban H.I.* Jahresbericht über die psychotherapeutischen. Ambulans an der nervenlinik Innsbruck / Wien, 1948.
- Charcot I.* Contributions de l'étude de l'hypnotisme chez les hystériques. Arch. Neural, Paris, 1881; 1882; 1883.
- Charcot I., Babinsey J.* Démembrement de l'hystérie traditionnelle pitiatisme. Paris, 1909.
- Dejerin H.* Semiologie des affections du système nerveux. Paris, 1914.
- Donath J.* Zur Kenntnis des Anancasmus. Arch. Psych., Nerv., 1896.
- Dubois S.N.* Die sensible Nervenendigungen in Herzen und in den Blutgefäßen des Säugetieres. Arch. micr. Anat, 1898.
- Falret J.* Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, 1890.
- Forel A.* De la suggestion. Ann. Psycholog., 1927.
- Franke V.E., Gantrip H.* Das Menschenbild der Psychotherapie. Wien, 1954.
- Friedlander A.* Zur Psychologie und Psychotherapie der Angst und Zwangsneurose. Munch. Med. Wmschr, 1923.
- Friedmann N.* über die Natur der Zwangsvorstellungen. Wiesbaden, 1920.
- Fromm E.* The anatomy of human destructiveness. New York, 1973.
- Fromm E.* Escape from Freedom. New York, 1941.
- Grisinger W.* über rar line wenig bekannten psychopathischen Zustand. Arch. Psych. et Nerven Krank. Berlin, 1868-69.
- Hamburger A.* Psychopathologie des Kindesalters, Berlin, 1926.
- Hofman H.* über die Zwangsneurose. Tibing, 1934.
- Hofman H.* Character und Umwelt. Berlin, 1928.
- Horch A.* Handbuch der gerichtlichen. Psychiatrie, unter Mitwirkung von Aschaffenburg. Berlin, 1901.
- Horney K.* The neurotic personality of the time. New York, 1937.
- Horney K.* New ways in psychoanalysis. Norton, 1939.
- Horsley R.* Narcoanalysis. Lancet I, 1936.
- Jacobson E.* Progressive relaxation. Chicago, 1929.
- Jahrreis S.W.* Störungen des Denkens. Zwangsdenken Bumke. Handb.d. Gesteskrankheiten, 1928.
- Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie. Berlin, 1913.
- Jastrowits* Allgen Ztschr. F. Psych., 1881.
- Kahlbaum K.* über zyklisches irreseir. — Breslauerurcliche. Zeitschr., 1882.
- Klein M.* Contribution to psychoanalysis. London. 1948.
- Kohnn E.* Die psychopathischen Persönlich — Keiten Bumke. Hand, geiserkrankheiten, Berlin, 1928.
- Kraft-Ebing R.* Beiträge zur Erkennung und richtigen forensischen Beurteilung Krankhafter Gemutszustände. Erlangen, 1867.
- Kraepelin E.* Psychiatrie. Eine Lechbruch für Studierende und Ärzte. Leipzig, 1915.
- Legrand du Saulle* La Folie de Claude. Paris, 1875.
- Legrand du Saulle* Etude clinique sur la peur des espaces (agorophobie des allemands). Paris, Adr. Delahave, 1878.
- Lowhenfeld J.* Lehrbuch der gesamten. Psychotherapie. Visbaden, 1897.
- Lowhenfeld J.* Die psychischen Zwangserscheinungen. Visbaden, 1904.
- Majer-Gross W.* Clinical psychiatry. London. 1954.
- Magnan V.* Leçons cliniques sur la maladie mentale. Paris. 1897.
- Masmiere A.* Mamiere sur la découverte du magnétisme animal. Paris, 1779.
- Masmiere A.* Allgemein Elauterungen über den Magnetismus und der Somnambulismus. Berlin, 1812.
- Meynert Th.* über Zwangsvorstellungen. Wien. 1888.
- Mibius P.J.* über Entartung — Grenffrogen des Nerven und Seelenlebens. Wiesbaden, 1900.

- Morel B.* Du delire emotive, neuros du systeme nerveux ganglionaire visceral. Arch. gen. Med., Paris. 1866.
- Moruzzi G.* The Physiological projection of the brain stem reticular formation. Oxford, 1954.
- Perls F.S.* Gestalt-therapy verbatim — Peal People Press. Lafayette, Calif, 1969.
- Pilez A.* Zur kazuist der psychischen Zwangsvorgänge. Wien, 1909.
- Pinel Ph.* Traité medico-philosophique sur l'aliénation mentale / Paris, 1809.
- Pipers A., Regis E.* Semiologie des obsessions et l'idees fixes / compt. Intern. Med 1897; mose, 1899.
- Platter* Observation, 1617.
- Ranko* Will therapy and truth and reality. — New York, 1945.
- Reich W.* The Function of the orgasm. Sex-economic of biological energy. New York, 1964.
- Reich W.* The sexual revolution Toward and self — governing character structure. — New York, 1970.
- Romberg M.H.* Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Berlin, 1843, 1851, 1857.
- Sullivan H.S.* Conception of modern Psychiatry. Washington, 1958.
- Sullivan H.S.* The interpersonal Theory of Psychiatry, W, 1953.
- Schilder P.* The organic background of obsessions and compulsions. Amer. J. Psych., 1938; 1939.
- Schneider K.* Die Psychopathischen Persönlichkeiten / Leipzig — Wien, 1928.
- Seglas M.J.* De l'obsession Hallucinatoire et de l'hallucination obsédante. Paris, 1892.
- Sperling E., Beroffka* Erfahrungen mit den sogenannten Zwangsneurosen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrank. Berlin, 1954.
- Stekel N.* Angstzustände und ihre Behandlung. Wien, Berlin, 1942.
- Sterring G.* Zur psychopathologie und Klinik der Angstzustände. Berlin, 1939.
- Sterring G.* Zur Psychopathologie und Klinik der Angstzustände. 1939.
- Thomsen R.* Klinische Beiträge zur Lehre von den Zwangsvorstellungen und Veränderten psychischen Zuständen. Berlin, 1895.
- Vallon Ch., Morie A.* Construction l'étude de quelques obsessions. Comp. rend. cong. Intern. med. 1897.
- Wernike C.* Lehrbuch der Gehirnkrankheiten. Für Ärzte und Studierende. Berlin, 1881; 1883.
- Westphal G.* Die Agoraphobie. Arch. Psychiat. Nervenken, 1871.
- Wexberg E.* Die Grundstörung der Zwangneuropse. Zeitschr.f.g. Neur. U Psych., 1929.